WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK WRZESIEŃ—PAŹDZIERNIK

ROK VI 1934 NUMER 5

Prof. dr. G. HASELHORST. Klinika Ginekologiczna Uniwersytetu w Hamburgu.

NOWOCZESNE METODY ROZPOZNAWANIA I LECZENIA BEZPŁODNOŚCI KOBIECEJ.

(Referat według Deutsche Medizinische Wochenschrift 1933, Nr. 40).

Rozpoznanie i leczenie bezpłodności kobiecej przedstawiało zawsze jedno z najtrudniejszych zagadnień lekarskich. Bezpłodność jest obecnie szczególnie rozpowszechniona wśród kobiet 30-letnich, które podczas wielkiej wojny światowej znajdowały się właśnie w okresie rozwoju fizycznego i płciowego. Rozwój ten u znacznej większości tych kobiet nie mógł odbywać się w sposób prawidłowy z powodu niedostatecznego przeważnie odżywiania. Ponadto trudne powojenne warunki społeczne i materjalne sprawiły, że zajście w ciążę stało się zjawiskiem niepożądanem, co również przyczyniło się do zwiększenia się bezpłodności. Znaczną jest również liczba kobiet, u których już przed ślubem lub później dokonywano na ich stanowcze życzenie poronień; dokonywanie tych poronień odbywało się przeważnie w warunkach nieodpowiednich i niezawsze przez osoby powołane. Duży odsetek z pośród tych kobiet zgłasza się następnie o poradę lekarską z powodu bezpłodności. Nie ulega więc wątpliwości, że zagadnienie bezpłodności kobiecej zasługuje obecnie na szczególną uwagę.

Autor zastrzega się, że nie może omówić w swej krótkiej pracy całokształtu obszernego zagadnienia bezpłodności kobiecej i pragnie zająć się tylko postępami ostatnich czasów, opierającemi się na nowych zdobyczach fizjologji narządów płciowych i udoskonaleniu techniki badania.

Macica stanowi, jak wiadomo, drogę, przez którą wędrują plemniki, oraz miejsce zagnieżdżenia się jaja po zapłodnieniu i podczas jego rozwoju.

Całkowita droga plemników od pochwy do ujścia jajowodu przedstawia kanał wysłany błoną śluzową; sposób, w jaki plemniki przebywają tę drogę, polega najprawdopodobniej na autolokomocji.

Macicy nie uważamy obecnie bynajmniej za narząd, któryby (również i poza okresem ciąży i porodu) znajdował się w stanie spoczynku i bezwładu; macica jest narządem bezpośrednio czynnym i przyjmuje niewątpliwy udział w przenoszeniu nasienia. Napięcie macicy podlega stałym wahaniom i zależy od okresu jajnikowego. Wrażliwość macicy na działanie hormonu tylnego płata przysadki zmienia się wobec tego odpowiednio do różnych okresów cyklu płciowego. Badania histero-salpingograficzne wykazują ponadto, że mięśniówka maciczna wykonywa określone ruchy falujące, które mają niewątpliwie znaczenie w procesie rozrodczym.

Kobiety bezpłodne cierpią często na zaburzenia czynności macicznej; zaburzenia te są przeważnie zjawiskiem wtórnem, powstałem na podłożu sprawy zapalnej w miednicy małej, lecz zdarzają się również u kobiet z organicznie prawidłowemi narządami płciowemi. Kobiety skarżą się wówczas poza bezpłodnością, na zaburzenia w miesiączkowaniu, na zaparcie, bóle głowy i t. d.

Spostrzeżenia tego rodzaju przemawiają na korzyść poglądu, że ruchy ścian macicy stanowią conditio sine qua non pomyślnej wędrówki plemników. Plemniki muszą jednak oprócz odcinka macicznego przebyć również i pochwę aż do ujścia wewnętrznego szyjki macicznej; otóż wydaje się możliwem, że przy przejściu przez pochwę odgrywa rolę hipotetyczna aspiracja, spowodowana ruchami szyjki macicy w chwili orgazmu. Zagadnienie to wymaga jednak dalszych badań. Liczne spostrzeżenia i rozważania dowodzą raczej, że plemniki przebywają pierwszy odcinek swej drogi w narządach płciowych kobiety wyłącznie dzięki swym własnym ruchom i że dla dalszej wędrówki określony ruch fizjologiczny, odbywający się wyłącznie w tym celu, jest nietylko bardzo ważny, lecz nawet bezwzględnie konieczny.

Rolę równie wielką, jeśli nawet nie większą, odgrywa współdziałanie czynnościowe jajowodów. W ciągu ostatnich lat nasze wiadomości o fizjologji jajowodów uległy znacznemu pogłębieniu (*Mikulicz-Radecki*, *Kok*). Duże znaczenie czynności nabłonka rzęskowego, pokrywającego błonę śluzową jajowodów, nie ulega, oczywiście, żadnej wątpliwości; wydaje się jednak, że rolę najważniejszą przy przenoszeniu plemników odgrywają określone skurcze mięśniowe ściany jajowodów; skurcze te mają wszelkie cechy ruchów perystaltycznych. Zagadnienia wędrówki plemników przez kanał rodny nie można jednak jeszcze uważać za ostatecznie wyjaśnione.

Znaczny odsetek kobiet bezpłodnych stanowią pacjentki o cechach infantylizmu i hipoplazji. Są kobiety cierpiące na niedorozwój ogólny lub tylko niedorozwój narządów płciowych. Kobiety te skarżą się na silne bóle podczas miesiączkowania, obojętność płciową i bezpłodność.

W przypadkach takich można spróbować leczenia, albo stosując bezpośrednio hormon pęcherzykowy, albo działając na jajnik za pośrednictwem hormonu przedniego płata przysadki. Pozatem dla pobudzenia i poprawienia miejscowego krążenia krwi wskazanem jest stosowanie termoforów, nasiadówek, okładów z fango, diatermji, krótkich fal i t. d. Dla zapewnienia skuteczności zabie-

gów leczniczych i fizyko-terapeutycznych stosuje się ponadto z powodzeniem odpowiednie ćwiczenia gimnastyczne. Prawidłowe stosunki małżeńskie okazują naogół również wpływ bardzo pomyślny.

Do zupełnie oddzielnej grupy należy zaliczyć kobiety z objawami nerwowo-spastycznemi. Badanie wewnętrzne takich pacjentek jest zwykle bardzo trudne, gdyż napinają one mięśnie brzuszne i miednicy; palpacja macicy, a zwłaszcza jajników, jest przeważnie bolesna; chore skarżą się na bóle podczas miesiączkowania, na zaparcie i częste bóle głowy. Ponadto u pacjentek takich stwierdza się objawy chwiejności naczynioruchowej oraz zaburzenia psycho-nerwowe. Jako środki lecznicze wskazane są w takich przypadkach odpoczynek, który często okazuje się niezbędny, spokój, leczenie psychiczne oraz preparaty przeciwskurczowe (belladonna, papaweryna) i wreszcie gorące nasiadówki i kąpiele całkowite.

Następna grupa kobiet bezpłodnych jest mniej jednolita i obejmuje bardziej różnorodne jednostki chorobowe.

Do grupy tej zaliczamy kobiety dotknięte zaburzeniami czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Największe znaczenie mają przytem nieprawidłowości cyklu płciowego, powstające na podłożu zaburzeń jajnikowych, przysadkowych i tarczycowych. Wobec tego jednak, że między wszystkiemi gruczołami wewnątrzwydzielniczemi istnieje ścisła wzajemna zależność czynnościowa, wyszukanie pierwotnej przyczyny zmian chorobowych jest zwykle bardzo trudne. Należy przyznać, że w tej grupie powodzenie lecznicze, to znaczy osiągnięcie ciąży, należy do rzadkości. Wyniki lecznicze nie odpowiadają długotrwałemu i kosztownemu leczeniu, którego wymagają.

Ostatnia wreszcie grupa obejmuje kobiety, u których bezpłodność zależy od przeszkód mechanicznych, umiejscowionych najczęściej na poziomie jajowodów. Najważniejszym czynnikiem chorobotwórczym są tu gonokoki, które same przenikają do jajowodów, albo też przedostają się tam w związku z porodem lub poronieniem. Spostrzeżenia ostatnich 10 lat wykazały, że w 30% przypadków bezpłodności zależy ona od przeszkód mechanicznych, znoszących drożność jajowodów. Dokładne poznanie tych stosunków możemy osiągnąć przedewszystkiem zapomocą przedmuchiwania jajowodów oraz zapomocą badania rentgenowskiego, dokonanego po wypełnieniu macicy środkiem zacieniającym. Przedmuchiwanie jajowodów jest zabiegiem łatwym, który w większości przypadków daje pożądane wyniki. Przy udoskonalonej technice postępowania i przy przestrzeganiu niezbędnych środków ostrożności zabieg przedmuchiwania jajowodów, wykonany przez doświadczonego lekarza, należy uważać za zabieg pozbawiony jakiegokolwiek niebezpieczeństwa.

W ciągu ostatnich kilku lat autor dokonał na 193 kobietach 224 zabiegi przedmuchiwania jajowodów, przyczem ani razu nie stwierdził żadnych poważniejszych powikłań. Za warunek możności przystąpienia do zabiegu autor uważa nieobecność gonokoków, brak gorączki i prawidłową szybkość opadania krwinek. Najodpowiedniejszą chwilą dla przedmuchiwania jajowodów jest czas między 5-ym i 7-ym dniem po ukończeniu krwawienia miesiączkowego. W przypadkach istnienia nawet łagodnych objawów zapalnych oraz w przypadkach podejrzanych o gruźlicę narządu płciowego wskazana jest duża ostrożność, gdyż przedmuchiwanie jajowodów może wywołać w takich warunkach poważne powikłania otrzewnowe (*Pamkow*, *Fressel*).

Metoda przedmuchiwania jajowodów, podobnie jak i wszelkie inne badania rozpoznawcze, niezawsze daje ścisłe wyniki, co zależy w większości przypadków od niemożności przejścia powietrza przez niedrożny jajowód. Powtarzanie wdmuchiwania po ustąpieniu miesiączkowania umożliwia jednak nawet w wątpliwych przypadkach ograniczenie błędów rozpoznawczych do minimum.

Pomimo że przedmuchiwanie jajowodów przedstawia zabieg dość niewinny, należy go wykonywać tylko w klinice. Prawidło to obowiązuje jeszcze bardziej odnośnie do histero-salpingografji, która w trudnych pod względem rozpoznawczym przypadkach wchodzi w rachubę jako druga uzupełniająca metoda diagnostyczna, zwłaszcza jeżeli w obecności przeszkody mechanicznej pragniemy zwrócić się do zabiegu chirurgicznego dla przywrócenia drożności.

Niektórzy autorzy, a zwłaszcza *Sellheim* zalecają stosowanie przedmuchiwania jajowodów również jako zabiegu leczniczego. W przypadkach takich przedmuchuje się jajowody w ciągu kilku miesięcy (zawsze w dłuższy czas po ukończeniu miesiączkowania). I istotnie w dość znacznej liczbie przypadków udało się dzięki przedmuchiwaniom jajowodów umożliwić zajście w ciążę po uprzednich długich latach bezpłodności.

Jakie zabiegi lecznicze mamy obecnie do dyspozycji dla usunięcia przeszkód mechanicznych?

We wszystkich przypadkach należy przedewszystkiem wykorzystać postępowanie zachowawcze, mające na celu pobudzenie i wzmożenie własnych sił leczniczych ustroju. Wiele kobiet, bezpłodnych z powodu macalnych guzów zapalnych przydatków, zachodzi w ciążę po przeprowadzeniu odpowiedniego leczenia i rodzi zdrowe dzieci. W przypadkach takich czynnikami chorobotwórczemi są przeważnie paciorkowce i gronkowce, prawie nigdy gonokoki. Wskazanemi tu są wszelkie zabiegi lecznicze, sprzyjające wchłanianiu wysięków i nacieczeń zapalnych. W praktyce wchodzi tu przedewszystkiem w rachubę stosowanie ciepła w najróżnorodniejszych postaciach.

Dopiero po wyczerpaniu wszystkich sposobów leczenia zachowawczego można się zastanowić nad ewentualną potrzebą interwencji chirurgicznej. Ilość kobiet bezpłodnych, które dla umożliwienia zajścia w ciążę wymagają dokonania operacji, jest znaczna. Istnieją dwie najważniejsze metody operacyjne: 1-o przeszczepienie jajowodu, 2-o salpingostomja, operacja polegająca na wy-

tworzeniu sztucznego ujścia, przywracającego na odpowiednim odcinku drożność jajowodu.

Szanse powodzenia operacji przeszczepienia jajowodu są jednakże większe niż salpingostomji.

Nowe wiadomości o hormonach i ich czynnościach oraz dokładniejsze poznanie fizjologji macicy i jajowodów, w połączeniu z udoskonalonemi współczesnemi sposobami badania umożliwiły znacznie dokładniejsze rozpoznawanie przyczyn bezpłodności kobiecej. Dzięki tym postępom opracowano również różne sposoby lecznicze, których wyniki są jednak narazie stosunkowo skromne.

ZNACZENIE SREBRA W LECZNICTWIE RZEŻĄCZKI.

Heid (Tidskrift f. d. Norske Laegeforening 1933, Nr. 2), **W. F. Oettingen** (Münch. med. Wo. 1924, Nr. 5), **C. Mannich i Th. Gollasch** (Arch. f. Pharm. 1927, tom 265), **Notthaft, Utz, Pilcher** i **Sollmann** (Journ. of. Lab. a Cl. Med. 1924, tom 9 i 10), **K. Neergaard** (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. tom 100), **Perutz** i **Halpern** (Med. Klin. 1934, Nr. 7).

Pomimo postępów w akrydynowem lecznictwie rzeżączki, terapja srebrowa zachowała nadal swoje dawne duże znaczenie. W przypadkach ostrego zakażenia każdy silnie działający preparat wykazuje przeważnie pomyślne działanie lecznicze; można wobec tego stosować tu zarówno Protargol jak i silnie ściągający azotan srebra. Z tego względu w przypadkach świeżego zakażenia, np. na oku noworodka, stosuje się obecnie powszechnie 1%-owy roztwór azotanu srebra (lub octanu srebra). Zniszczenie gonokoków odbywa się tu na powierzchni, gdyż zarazki nie zdążyły jeszcze przeniknąć wgłąb. Można się tu również nie liczyć z okolicznością, aby działanie ściągające lekarstwa nie odgraniczyło już zakażonych, głębiej położonych warstw śluzówki od dalszego potrzebnego działania preparatu. Przy profilaktyce rzeżączki oczu należy jednak stosować istotnie 1%-owy roztwór; wobec tego zaś, że zdarzały się już niejednokrotnie różne nieporozumienia i omyłki, wskazane jest przechowywanie roztworu lapisu w odpowiednich ampułkach. Jeżeli gonokoki już przeniknęły wgłąb, to wytworzona pod wpływem działania $Ag NO_3$ powierzchowna warstwa strąconego białczanu srebra chroni głębiej ukryte gonokoki od dalszego działania leku, co może w znacznym stopniu przedłużyć kurację i utrudniać ostateczne wyleczenie. Działanie ściągające $Ag NO_3$ jest bardzo silne. Badania *W. F. Oettingena* wykazały, że działanie ściągające ½%-owego roztworu $Ag NO_3$ jest o 35 wzgl. 20% silniejsze niż działanie ściągające 10-krotnie mocniejszych roztworów Protargolu wzgl. Albarginy. Zdolność dyfuzji związków srebrowych zależy od wielkości cząsteczek preparatu srebrowego; duże znaczenie mają przytem brak działania żrącego i strącalności przez Na Cl. *Mannich* i *Gollasch* zwrócili przed 5 laty uwagę na znaczenie stanu koloidalnego roztworu. Autorzy ci zbadali różne preparaty srebrowo-białkowe

i oryginalny Protargol. Doświadczenia porównawcze nad dializą wykazały, że z początku dializa różnych preparatów Argenti proteinici odbywa się szybciej niż Protargolu, a następnie wolniej. Dializa Protargolu pozostaje stale równomierna, gdyż wielkość poszczególnych cząsteczek jest jednakowa, podczas gdy roztwory pozostałych preparatów, jak to wynika z przebiegu doświadczeń, składają się z cząsteczek łatwiej i trudniej dializujących. Doświadczenia *Mannicha* i *Gollascha* wykazały, że Protargol można bardzo wyraźnie odgraniczyć od preparatów tak zwanego „Argentum proteinicum". Pod nazwą „Argentum proteinicum" znajdują się w sprzedaży związki niejednolite, o zmiennej sile działania leczniczego.

Utz porównywał wielkość cząsteczek, którą określał na podstawie zdolności dyfuzji. Z pośród licznych zbadanych preparatów srebrowych Protargol wyróżniał się największą siłą przenikania.

Według *Perutza* i *Halperna* większość koloidalnych niedrażniących połączeń srebrowo-białkowych posiada zdolność działania na warstwy głębokie. Azotan srebra, jako rozpuszczalna w wodzie sól, przenika łatwo do komórek, jednak przenikanie jego w głąb tkanek zostaje szybko zahamowane wskutek wytworzenia się warstwy strątu chlorku srebra. Istota działania leczniczego związków srebrowych polega na zdolności odszczepiania jonów Ag przy jednocześnie możliwie najmniejszem działaniu żrącem. Najskuteczniejszemi są więc te połączenia srebrowe, które cechują się największą zdolnością jonizacji przy najmniejszem działaniu żrącem. Współistnienie tych cech znajdujemy właśnie w Protargolu.

Heid porównywał Protargol z preparatami Argenti proteinici, pochodzącemi z 6 różnych fabryk. Zarówno chemiczne jak i fizyczne różnice były bardzo duże. Protargol nie posiada prawie żadnego zapachu, podczas gdy Argentum proteinicum posiada mniej lub więcej przykry zapach kleju. Pod wpływem promieni lampy kwarcowej Protargol zabarwia się na kolor czysto zielony, podczas gdy Argentum proteinicum przyjmuje zabarwienie brudno szare. Protargol wystawiony w ciągu 9 miesięcy na działanie światła i powietrza nie zmienił się prawie wcale, podczas gdy białczan srebra już po kilku dniach uległ rozkładowi i zamienił się w mniej lub więcej smołowatą nierozpuszczalną papkę.

Według dotychczasowych poglądów działanie Protargolu polegało na tem, że srebro Protargolu wytwarzało z białkiem bakteryjnem połączenie (białczan srebra), które uniemożliwiało dalsze życie bakterji.

Pilcher i *Sollmann* uważają jon srebrowy za właściwy składnik czynny i twierdzą, że dodanie soli kuchennej osłabia działanie antyseptyczne połączeń srebrowych. To osłabienie działania jest jednak u różnych związków srebrowych niejednakowe. Przy połączeniach silnie jonizujących, jak nieorganiczne preparaty srebrowe, to zmniejszenie się siły odkażającej jest stosunkowo największe. Przy organicznych preparatach srebrowo-białkowych działanie hamujące soli kuchennej nie jest tak silne. Protargol reaguje stosunkowo najmniej na działanie Na Cl.

Odpowiednio do stopnia jonizacji należy według *Sollmanna* i *Pilchera* odróżniać srebro czynne od nieczynnego. Poniższa tablica wykazuje stosunek ilościowy tych dwóch odmian srebra w kilku zbadanych preparatach.

	Zawartość Ag w %	Czynne Ag w %	Nieczynne Ag w %
Albargina	15,0	13,3	1,7
Protargol	8,3	7,5	0,8
Ag. colloidale I	78,0	1,5	76,5
Ag. colloidale II	22,5	0,4	22,1
Ag. colloidale III	20,0	0,2	19,8

Niektórzy autorzy przypuszczają, że po zużyciu czynnego srebra również i nieczynne ulega jonizacji; ma to być t. zw. srebro rezerwowe. Według *Sollmanna* i *Pilchera* przypuszczenie powyższe jest zupełnie nieuzasadnione. Protargol i Albargina wyróżniają się bardzo dużą zawartością czynnego srebra.

W roku 1915 *Notthafft*, opierając się na pracach *Grossa*, wyraził pogląd, że dla ujawnienia się działania srebra niezbędne jest wytworzenie się AgCl, od którego srebro znowu odszczepia się jako jon i ulega adsorbcji przez białko. Według *Notthaffta*, a również i *Huhnera* roztwór soli kuchennej, dodanej do Protargolu, wytwarza AgCl, lecz nie osad grubobezpostaciowego AgCl, a AgCl o bardzo dużym stopniu dyspersji, który utrzymuje się w roztworze koloidalnym. Wartość Protargolu ma według wyżej wymienionych autorów polegać przedewszystkiem na tem, że posiada on zdolność wytwarzania roztworu AgCl o bardzo dużym stopniu dyspersji. Również i *Zumbusch* jest zdania, że im większe jest rozproszenie AgCl w roztworze, tem silniejsze jest działanie lecznicze preparatu.

Huhner (Med. Journ. a Rec. 1933, kwiecień) stosuje od r. 1921 roztwory Protargolu w fizjologicznym roztworze soli kuchennej. Roztwory te, jako izotoniczne z płynami tkankowemi, posiadają większą zdolność przenikania i są o wiele mniej drażniące, wobec czego można je stosować w silniejszych stężeniach niż zwykłe roztwory. Roztwór jest nieco mętny. Gonokoki szybko znikają i wyciek ustaje prędzej niż przy leczeniu innemi roztworami.

Według *Neergaarda* preparaty srebrowo-białkowe składają się z mieszaniny srebra koloidalnego, drobinowo rozpuszczonego i dobrze zdysocjowanego. Białko stanowi koloid ochronny tej mieszaniny, co tłumaczy również występo-

wanie w ustroju koloidalnego AgCl o wysokim stopniu dyspersji. *Neergaard* określił metodą potencjometru stosunek ilościowy składników koloidalnych i drobinowo rozpuszczonych, zawartych w różnych preparatach srebrowo-białkowych:

Preparaty 00,005 n. zawartości Ag	% rozpuszczalności istotnej	Srebro koloidalne w %	Jony Ag w % istotnie rozpuszczonego srebra	Jony Ag w % całkowitej ilości srebra	Bezwzględne stężenie jonów Ag w n.	Zespolone Ag w %
Azotan srebra	100	0	95	95	$4,75 . 10^{-3}$	0
Albargin	97	3	66	64	$3,2 . 10^{-3}$	0
Protargol	65	35	43	28	$1,28 . 10^{-3}$	0
Ag. colloidale I	0	100	0	$4 . 10^{-3}$	$2 . 10^{-5}$	0
Ag. colloidale II	0	100	0	$2.6 . 10^{-4}$	$1,3 . 10^{-6}$	0

Stopień rozdrobnienia cząsteczek Protargolu ma bardzo duże znaczenie przy leczniczem stosowaniu preparatu. Dla jeszcze większego ułatwienia przenikania Protargolu do tkanek próbowano stosować również i kataforezę. Przemieszczanie Protargolu wykazał *Battles-Bertran de Lis* w doświadczeniach na zwierzętach, w których stwierdzał, że srebro przenikało z pochwy do tkanki macicznej.

Największe znaczenie dla oceny wartości środka leczniczego mają jednak nie jego własności chemiczno-fizyczne lub farmakologiczne, lecz przedewszystkiem spostrzeżenia kliniczne i praktyczne, które jedynie rozstrzygają o losach preparatu. Z tego punktu widzenia zasługują na szczególną uwagę wyniki ankiety terapeutycznej, przeprowadzonej w r. 1930 przez czasopismo „Dermatologische Wochenschrift“. Zwłaszcza *Scholtz* z Kliniki Dermatologicznej w Królewcu i *Klövekorn* z Kliniki Dermatologicznej w Bonn wykazali w sposób przekonywujący znakomite działanie lecznicze Protargolu i Albarginy. Również i *Geyer* (Z. f. Urologie 1932, tom 26), omawiając szczegółowo różne preparaty srebrowe, zalicza Protargol do pierwszej kategorji.

O udoskonaleniu leczenia srebrowego zapomocą wstrzykiwań Trypaflaviny wspominaliśmy już powyżej. Główna zaleta leczenia kombinowanego polega na ochronie przed powikłaniami i na niedopuszczaniu do dalszego postępowania sprawy chorobowej, co umożliwia zupełne wyleczenie i stanowi najlepszą profilaktykę dla uniknięcia nawrotów.

Buschke i *Langer* w swym znanym podręczniku o rzeżączce (Wydanie *Springera* w Berlinie) w następujący sposób określają wartość leczniczą Protargolu i Argenti proteinici:

„Zamiast Protargolu stosuje się często różne namiastki, które znajdują się w sprzedaży pod nazwą Argentum proteinicum. Pragnąłbym ostrzec przed stosowaniem tych preparatów zastępczych, gdyż są to zwykle związki niejedno-



GARDAN

przy bólach wszelkiego rodzaju, chorobach gorączkowych i chorobach z zaziębienia. Środek swoisty przy bolesnem miesiączkowaniu i dokuczliwych bólach następczych.

Doskonała tolerancja również i dużych dawek i przy dłuższem stosowaniu.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Rurki po 10 tabletek à 0,5 g
„ „ 25 „ „ 0,5 g

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

lite o niesprawdzanym sposobie wytwarzania. Namiastek tych nie należałoby stosować również i w Kasach Chorych. Podczas mego pobytu w Turcji mogłem się wielokrotnie przekonać o ich złem działaniu. Na podstawie moich badań fizyczno-chemicznych uważam, że Argentum proteinicum posiada w porównaniu z Protargolem następujące wady:

1) nieznaczny stopień dyspersji, a nawet tworzenie zlepów w ciemnem polu,
2) przy strącaniu kwasami gruby gęsty osad,
3) mniejsza zdolność zwilżania (mierzona na powierzchni parafinowej)".

Prof. dr. T. OSTROWSKI, Prof. dr. H. HILAROWICZ, adjunkt kliniki. Dr. Z. BIELIŃSKI, asyst. Zakładu.

PRZYCZYNEK KLINICZNY I DOŚWIADCZALNY DO SPRAWY ZNIECZULANIA TRZEWI BRZUSZNYCH.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. (Dyr. Prof. Dr. T. Ostrowski)
i z Zakł. Fizjologji U. J. K. (Kier. Doc. Dr. W. Tychowski).

(Referat według Polskiej Gazety Lekarskiej, 1933, Nr. 47).

Przy znieczulaniu trzewi jamy brzusznej wchodzą w rachubę, poza znieczuleniem rdzeniowem, cztery sposoby znieczulania miejscowego:

I. Znieczulanie przewodowe (blokada) pni nerwów trzewnych w całości od strony grzbietowej, a więc przed otwarciem jamy brzusznej.

II. Takież znieczulanie nerwów trzewnych od przodu t. j. po otwarciu jamy brzusznej.

III. Znieczulanie przez przenikanie środka znieczulającego wlanego do jamy brzusznej, czyli znieczulanie powierzchniowe trzewi.

IV. Właściwe znieczulenie miejscowe trzewi przez nasiąkanie krezek wyłącznie w obrębie narządów operowanych.

Każdy ze sposobów wymienionych ma swoje dobre i złe strony.

I. Metodę pierwszą (*Roussiele*, *Kappis*) stosowano w klinice lwowskiej zasadniczo w latach 1921—1932, to też klinika rozporządza stosunkowo dużym materjałem 774-ech przypadków.

Metoda ta ma tę główną zaletę, że znieczulenie następuje przed otwarciem jamy brzusznej i dotyczy odrazu większej części trzewi. Znieczulenie, o ile jest udane, jest rzeczywiście doskonałe.

Strony ujemne tego sposobu znieczulenia:

1) Technika stosunkowo trudna i wymagająca znacznej wprawy.

2) Wkłuwanie igły od tyłu przez grubą skórę, a zwłaszcza zetknięcie się jej z 11 lub 12 nerwem międzyżebrowym jest dla wielu chorych niemiłe i bolesne.

3) Samo znieczulenie nerwów trzewnych nie zabezpiecza przed wymiotami spowodowanemi podrażnieniem nerwów błędnych w czasie manipulacji na krzywiźnie małej.

4) Skrzywienie kręgosłupa i znaczna otyłość utrudniają skuteczne wykonanie znieczulenia.

5) Znieczulenie przedstawia pewne niebezpieczeństwa uboczne (nakłucie boczne worka oponowego, nakłucie pni żylnych, przebicie końcem igły aż do jamy brzusznej).

6) Stosunkowo częste występowanie pooperacyjnych powikłań płucnych.

7) Właściwe działanie toksyczne samego znieczulenia, względnie blokady nerwów trzewnych i związane z tem obniżenie ciśnienia krwi.

II. Sposób oryginalny *Brauna*, polegający na wstrzyknięciu nowokainy od przodu na przednią powierzchnię I kręgu lędźwiowego, pozwala wprawdzie uniknąć niektórych wad sposobu pierwszego, jest jednak dla chorych nieprzyjemny z powodu manipulacyj w głębi brzucha.

III. Znieczulenie przez wlewanie płynu znieczulającego do jamy brzusznej, umożliwione dzięki odkryciu środków o silnych własnościach przenikających, jak perkainy i pantokainy.

Najczęściej stosowaną była tu perkaina. Zaletą znieczulania przez wlewanie do jamy otrzewnej ma być brak porażenia ruchowego jelit. W ostatnich latach polecano zamiast perkainy pantocainę (*Payr*) do znieczulania tego rodzaju. Takie znieczulanie stosowano w roku ubiegłym również i w klinice lwowskiej w 7 przypadkach. Użyte były ilości 100—200 cm^3 $^1/_2{}^0/_{00}$ pantocainy w płynie zawierającym 0,7% NaCl i 0,4% K_2SO_4. Znieczulenia osiągnięte były naogół niezłe, w 3 przypadkach jednak chorzy reagowali dość silnie, co wymagało dodatkowego nastrzykania krezek żołądka. Objawów zatrucia nie widzieliśmy, a mierzenie ciśnienia krwi wykazało w kilku przypadkach początkowo nieznaczną obniżkę, która następnie wyrównywała się częściowo. Pod względem psychicznym jest znieczulenie przez wlewanie idealnem, o ile jest w zupełności udane.

IV. Znieczulenie krezkowe międzyblaszkowe w terenie narządu operowanego, polecane głównie przez *Finsterera* i in., a stosowane od szeregu lat we Lwowie przez *Ostrowskiego*. Główną zaletą tego sposobu znieczulania jest oszczędność w użyciu płynu znieczulającego, a więc mała dawka, wykluczenie wszelkich uszkodzeń ubocznych przy pewnej ostrożności, łatwa technika, niewymagająca specjalnego ćwiczenia, oraz pewność znieczulenia połączonego przy operacjach żołądkowych równocześnie z blokadą nerwów błędnych w krzywiźnie małej.

Zakres znieczulania krezkowego obejmuje w klinice lwowskiej przedewszystkiem operacje żołądkowe, zabiegi na woreczku żółciowym i drogach żółciowych, wreszcie w odpowiednich przypadkach zabiegi na jelicie grubem, zwłaszcza ślepem i esicy.

Dotychczasowy materjał znieczulania krezkowego w klinice lwowskiej (zaledwie z jednego roku szkolnego) obejmuje ogółem 74 przypadki, w tem operacyj żołądkowych, przeważnie resekcyj, 56, operacyj na drogach żółciowych 14, zabiegów na kiszce grubej 4. Jako środek znieczulający była używana

głównie 1% nowokaina, w kilku przypadkach $^1/_2$‰ pantokaina z równie dobrym skutkiem. Zawodu, wymagającego dodatku eteru, nawet u pacjentów bardzo wrażliwych nie widzieliśmy w żadnym przypadku, podobnie jak i objawów najsłabszego chociażby zatrucia. Wbrew twierdzeniu niektórych chirurgów, jakoby znieczulenie tego rodzaju było dla chorych przykre z powodu manipulacyj w jamie brzusznej, musimy podkreślić, że właśnie pod względem ochrony psychicznej osiągnęliśmy warunki dla chorych najkorzystniejsze.

Rozporządzając obfitym materjałem klinicznym, dotyczącym wszystkich wymienionych rodzajów znieczulania trzewi brzusznych, autorzy podjęli doświadczenia na zwierzętach w celu porównania działania trzech zasadniczych metod:

1) wlewania śródotrzewnego, 2) znieczulania krezkowego (śródblaszkowego) oraz 3) blokady pni nerwów trzewnych od strony grzbietowej.

Jako środka znieczulającego używano do wlewania pantokainy i nowokainy rozpuszczonych w wodzie destylowanej lub płynie zawierającym 0,4% K_2SO_4 i 0,7% NaCl, do znieczulania krezkowego również pantokainy i nowokainy w takimże roztworze, do blokady n. trzewnych od tyłu nowokainy 1%.

Ogółem wykonano 17 doświadczeń.

Na podstawie szczegółowo omówionych w pracy oryginalnej spostrzeżeń doświadczalnych autorzy dochodzą do wniosku, że najmniej szkodliwie działa wstrzykiwanie śródkrezkowe; zwierzęta znosiły bardzo wielkie ilości płynów znieczulających bez wpływu na ciśnienie i oddech, przyczem najkorzystniej pod tym względem przedstawia się pantokaina. Dawki te są olbrzymie w porównaniu z dawką realną, potrzebną do znieczulania pojedyńczych trzewi u człowieka, tak, że działanie toksyczne pantokainy przy operacjach można uważać za nieistniejące. Nadto przeciwdziała mu dodatek adrenaliny.

Doświadczenia z wlewaniem płynów znieczulających wykazały stosunkowo znaczną jadowitość wskutek szybkiego wessania.

Najmniejsze dawki śmiertelne autorzy stwierdzili przy wprowadzeniu płynu znieczulającego, analogicznem do znieczulania *Roussiele'a.*

Wychodząc z założenia, że w myśl nowoczesnych zapatrywań na sprawę wyboru sposobu znieczulania, pierwszeństwo winien zachować ten sposób, który przedstawia maksimum korzyści a minimum szkodliwości dla ustroju chorego i że o wyniku ostatecznym leczenia chirurgicznego decyduje suma wszystkich szkodliwych czynników, która musi być jaknajmniejsza, autorzy na podstawie swych badań doświadczalnych określają znieczulanie krezkowe jako dla chorego najkorzystniejsze. Dotychczasowe wyniki kliniczne potwierdzają to w całej pełni.

Dr. JÓZEF TYPOGRAF, Warszawa.

O LECZENIU GRYPY I T. ZW. CHORÓB Z ZAZIĘBIENIA ZAPOMOCĄ OMNADINY.

Praca nagrodzona na konkursie „Wiadomości Terapeutycznych".

Spostrzeżenia moje nad stosowaniem Omnadiny dotyczą 28 przypadków grypy i tak zwanych chorób z zaziębienia. Większość przypadków obserwowałem podczas epidemji grypy w październiku, listopadzie i grudniu roku ubiegłego. Natężenie zakażenia grypowego u chorych, których obserwowałem, było przeważnie dość silne (do lżejszych przypadków grypy wzywają obecnie lekarza coraz rzadziej). Gorączka w większości przypadków gwałtownie podnosiła się do 39°, a w 4 przypadkach przekroczyła nawet 40°. Chorzy skarżyli się na ogólne osłabienie, dreszcze, silne bóle w kończynach i w krzyżu. U większości występowały typowe objawy grypowe w postaci kataru nosa, zaczerwienienia gardła lub anginy i nieżytu oskrzeli. Samopoczucie pacjentów było naogół złe, wydawało im się, że są bardzo ciężko chorzy.

Wobec tego, że, jak wiadomo z piśmiennictwa, Omnadina przejawia swe pomyślne działanie lecznicze przedewszystkiem w tych przypadkach, w których stosuje się ją na samym początku ostrej choroby zakaźnej, dążeniem mojem było, aby wstrzykiwać ją możliwie jaknajwcześniej. Niezawsze jednak było to możliwe, gdyż niejednokrotnie wzywano mnie do chorych dopiero wtedy, gdy choroba była już w pełni rozwinięta. Przekonałem się jednak, że chociaż w takich przypadkach działanie Omnadiny nie jest może tak efektowne, jak wtedy, gdy się ją wstrzykuje odrazu w pierwszym dniu choroby, to jednak okazuje ona niewątpliwie pomyślny wpływ na przebieg choroby, łagodząc natężenie objawów, skracając czas trwania choroby i nie dopuszczając do ewentualnych powikłań. Omnadinę należy więc wstrzykiwać możliwie jaknajwcześniej, nigdy jednak nie należy uważać, że już jest zapóźno na jej zastosowanie.

W 7 przypadkach miałem sposobność wstrzyknięcia Omnadiny w ciągu pierwszych 24 godzin od chwili wystąpienia objawów chorobowych. W 4 z tych przypadków, pomimo burzliwych początkowo objawów i stosunkowo ciężkiego stanu chorych już jedno wstrzyknięcie Omnadiny okazało się wystarczające, gdyż gorączka szybko opadła i po upływie 2 dni pacjenci uważali się za wyleczonych. W dwóch przypadkach dokonałem dwóch wstrzykiwań i w jednym trzech. W tym ostatnim przypadku zakażenie grypowe przebiegało z silnemi objawami kiszkowemi, bardzo wyczerpującemi chorego. Sprawa zakończyła się zupełnie pomyślnie po 4 dniach.

W 16 przypadkach zostałem wezwany do chorych w 2-im, 3-im, 4-ym dniu choroby, albo nawet jeszcze później. Chorzy przeważnie sami przyjmowali już różne popularne leki przeciwgrypowe i dopiero wobec uporczywości choroby zwracali się o pomoc lekarską. Efekt Omnadiny nie był już tak jaskrawy, jak przy jej wczesnem zastosowaniu, lecz większość chorych sama zwracała

uwagę, że od chwili wstrzyknięcia Omnadiny zaszła zmiana w przebiegu choroby i zwrot ku poprawie. Na uwagę zasługiwała również i poprawa apetytu, który był przeważnie bardzo upośledzony. Zwykle w przeciągu 2—3—4 dni udawało się chorobę ostatecznie przezwyciężyć. Wystarczały przeważnie 2—3 wstrzyknięcia. Ani razu nie spostrzegałem, aby po Omnadinie zakażenie grypowe przechodziło w stan podostry i utrzymywało się dłuższy czas, jak to się nierzadko przy grypie zdarza.

W 5 przypadkach, gdy zostałem wezwany, choroba trwała już dłuższy czas w stanie ostrym lub podostrym, albo też pozostawiła ślady w postaci nieżytu oskrzeli, ogólnego osłabienia, skłonności do stanów podgorączkowych i t. p. Również i w tych zadawnionych przypadkach Omnadina u 3 chorych wywarła swój pomyślny wpływ przestrajający, w 2 zaś przypadkach zastrzyki pozostały bez wpływu na przebieg choroby i zaszła konieczność wysłania chorych do uzdrowiska. (Prawdopodobny współudział utajonego czynnika gruźliczego, który pod wpływem zakażenia grypowego przeszedł w stan czynny).

Jako przykłady działania leczniczego Omnadiny pozwolę sobie tu przytoczyć krótki opis 6 przypadków, w których wydawało mi się, że efekt bezpośredniego działania Omnadiny wystąpił stosunkowo najwyraźniej.

1. J. H., lat 14. Blady i nalany chłopiec z powiększonemi gruczołami na szyi i pod pachami. Warunki mieszkaniowe złe: mieszkanie małe, niesłoneczne i wilgotne. Już od kilku lat chłopiec choruje co rok conajmniej 4—5 razy na „zaziębienie", grypę lub anginę. Prawie po każdej takiej chorobie utrzymują się przez kilka tygodni stany podgorączkowe.

W listopadzie 1932 r. zachorował wśród objawów ciężkiej grypy o typie płucno-kiszkowym. Gorączka 40,2^0. Migdały zaczerwienione, obrzmiałe. Bolesność gruczołów podszczękowych. W płucach objawy rozsianego nieżytu oskrzeli. Chrypka. Jednocześnie burzliwe objawy ze strony przewodu pokarmowego w postaci biegunek i parcia. W moczu ślad białka. Chory otrzymał zastrzyk Omnadiny oraz do wewnątrz środek wykrztuśny z salicylem i pyramidonem. Grymaśny chłopiec lekarstwa prawie wcale nie zażywał i nie pozwolił sobie postawić baniek. Nazajutrz gorączka prawie bez zmiany. Powtórny zastrzyk Omnadiny. Wobec tego, że wieczorem w drugim dniu choroby ciepłota wynosiła 39^0, zastrzyknąłem Omnadinę po raz trzeci. Trzeciego dnia stan bezgorączkowy. Obrzmienie migdałków znacznie mniejsze. Temperatura więcej się nie podniosła i po upływie tygodnia pacjent już znowu mógł pójść do szkoły.

Na podstawie porównania z licznemi dawniej przebytemi grypami, wydaje się bardzo prawdopodobnem, że Omnadina znacznie skróciła w tym przypadku przebieg choroby. Rodzice chłopca byli przygotowani na to, że zwłaszcza po tak ciężkiej grypie, będzie on znowu przez dłuższy czas gorączkował, gdy tymczasem dzięki Omnadinie powrócił nadspodziewanie szybko do zdrowia.

2. M. K., lat 50. Przed miesiącem przy pracy w ogrodzie na wsi podczas dżdżystej pogody zaziębiła się. Od tego czasu stale kaszle, odpluwa dość dużo plwociny. Jednocześnie uporczywy katar nosa. Pacjentka osłabiona, nie ma apetytu, schudła. Gorączka jedynie rzadko przekraczała 37^0. W łóżku nie leżała, nie leczyła się, tylko raz postawiła sobie bańki. Nagle gwałtowne podniesienie się gorączki do 39,8^0. Ogólne uczucie rozbicia, silny ból głowy i ból przy kaszlu za mostkiem. Jednocześnie z temi samemi objawami zachorowała służąca pacjentki.

Wezwany do chorej w pierwszym dniu podniesienia się ciepłoty, stwierdziłem typowe objawy grypy. Ze względu jednak na poprzednio istniejące i trwające już od miesiąca objawy nieżytu oskrzeli oraz ogólne wyczerpanie chorej, rokowanie co do przebiegu mogło według

mnie nasuwać w tym przypadku zastrzeżenia. Wobec tego poradziłem zastrzyknąć Omnadinę. Jednocześnie podałem salicyl z pyramidonem. Już nazajutrz gorączka opadła do 37,5°. Samopoczucie znacznie lepsze. Zaleciłem powtórny zastrzyk Omnadiny. Wieczorem tegoż dnia stan bezgorączkowy. Po upływie 3 dni pacjentka powróciła zupełnie do zdrowia. Istniejący jeszcze przed grypą nieżyt oskrzeli i katar nosa zniknęły bez śladu.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że zakażenie grypowe natrafiło u pacjentki na podatne podłoże, lecz mimo to choroba miała przebieg łagodny i skończyła się szybko bez żadnych powikłań.

3. Chora W., lat 56. Przed 6 miesiącami złamanie szyjki kości udowej. Kość przez długi czas nie okazywała prawie żadnej skłonności do zrastania się, tak że chora już od pół roku leży w łóżku w dużym opatrunku gipsowym. Pacjentka otyła, musi leżeć prawie nieruchomo. Znaczne wyczerpanie ogólne. Po przewiezieniu do domu z zakładu leczniczego, gdzie dokonano zmiany gipsu i zdjęć rentgenowskich, chora dostała silnego kaszlu i gorączki (38,8°). Chorą trudno zbadać, gdyż nie można jej posadzić, a pozatem opatrunek gipsowy sięga bardzo wysoko. W każdym razie w płucach stwierdza się liczne świsty i rozsiane rzężenia średnio- i grubobańkowe. Samopoczucie bardzo złe. Ze względu na ciężki stan ogólny chorej, wyczerpanej półroczną chorobą, konieczność leżenia i złe warunki oddychania w opatrunku gipsowym, obawiałem się odoskrzelowego zapalenia płuc, bardzo w tych warunkach dla pacjentki niebezpiecznego. Baniek nie można było postawić. Zaleciłem wstrzykiwania Omnadiny. Chora otrzymała w ciągu trzech dni 3 zastrzyki. Gdy chorą widziałem po raz drugi w czwartym dniu choroby, stwierdziłem stan bezgorączkowy i zupełnie czysty pęcherzykowy oddech w tych częściach płuc, które były dostępne dla badania. Stan ogólny dobry. Przypadek ten ilustruje w wyjątkowo wyraźny sposób pomyślne działanie lecznicze Omnadiny przy grypie.

4. J. S. lat 18, uczeń. W listopadzie 1932 r. zachorował na grypę. Leczyła go domowemi środkami matka. Gorączka przez 4 dni wahała się w granicach 38° — 39,5°, na piąty dzień opadła do 35,4°. Po trzech dniach bezgorączkowych pacjent, czując się już zupełnie dobrze, poszedł do szkoły. Wieczorem gorączka podniosła się do 37,5°. Wobec tego chory znowu przeleżał 2 dni w łóżku, lecz gdy wstał znowu zaczął gorączkować (37,5°). Stan taki od chwili zakończenia ostrego okresu trwał 2 tygodnie. Chory w spokoju nie gorączkował, niewielki jednak wysiłek wystarczał już, aby ciepłota podniosła się powyżej 37°. Wówczas dopiero matka zaniepokojona temi stanami podgorączkowemi, zwróciła się do mnie. Badanie przedmiotowe poza nieznacznem przyspieszeniem tętna i pewną bladością żadnych uchwytnych zmian chorobowych nie wykazało. Również i zdjęcie rentgenowskie nie wykazało zmian w płucach. Nie znajdywałem innego wytłumaczenia dla gorączki jak przeciągające się łagodne zakażenie grypowe. Chory otrzymał dwa wstrzyknięcia Omnadiny, po których gorączka zniknęła już ostatecznie.

5. B. Z., lat 40, dziennikarz. Naogół zawsze zdrów, choć bardzo wątły. Przed 6 tygodniami przebywał podczas niepogody dłuższy czas na ulicy, przemarzł i przemoczył nogi i od tego czasu niedomaga. Objawy chorobowe polegały na katarze nosa, niewielkim bólu gardła, suchym kaszlu, utracie apetytu i ogólnem osłabieniu. Chory swej pracy zawodowej nie przerywał, leczył się sam, zażywał salipyrinę, dwukrotnie postawił sobie bańki. Stan jednak się nie poprawiał. Nagle chory dostał dreszczy, gorączka podniosła się do 38°. Wówczas dopiero widziałem pacjenta poraz pierwszy; stwierdziłem objawy rozsianego nieżytu oskrzeli oraz ognisko dźwięcznych rzężeń drobno i średniobańkowych pod prawą łopatką. Ze względu na ogólną wątłą budowę pacjenta oraz długi już czas trwania poprzedzającego nieżytu oskrzeli, obawiałem się rozszerzenia tego ogniska odoskrzelowego zapalenia płuc. Zaleciłem wobec tego wstrzykiwania Omnadiny, mając na celu zwiększenie odporności wyczerpanego organizmu oraz podałem środek wykrztuśny. Chory otrzymał w ciągu trzech dni 3 zastrzyki Omnadiny. W ciągu tych trzech dni gorączka miała przebieg bardzo nieregularny i wahała się od 37° do 39°. Czwartego dnia gorączka nie przekroczyła już 37°, nasilenie objawów płucnych i oskrzelowych zmniejszyło się wyraźnie, a jeszcze po upływie dwóch dni cofnęły się one zu-

pełnie, nie pozostawiając żadnych zmian. Po tygodniu chory, całkowicie wypoczęty, powrócił do pracy. Wydaje mi się bardzo prawdopodobnem, że Omnadina uchroniła tego pacjenta od rozwoju grożącego mu odoskrzelowego zapalenia płuc.

6. K. O. lat 23. Przed tygodniem ojciec pacjentki i mieszkający u nich sublokator jednocześnie chorowali na grypę. Początek choroby pacjentki był bardzo gwałtowny, gdyż wieczorem poprzedniego dnia była ona jeszcze w kinie. W nocy spała źle, nad ranem gorączka 39°, ogólne rozłamanie, ból głowy; pozatem żadnych objawów. Wezwano mnie z samego rana. Przy badaniu przedmiotowem żadnych zmian oprócz gorączki i przyspieszenia tętna nie stwierdziłem. Zastrzyknąłem chorej Omnadinę. Pragnąc zachować czystość obserwacji, żadnych innych leków narazie nie zapisałem. Wieczorem temperatura wynosiła już tylko 37,7°; nazajutrz stan bezgorączkowy. Pacjentka uważała się już za wyleczoną i jedynie z trudem udało się ją utrzymać w łóżku jeszcze przez jeden dzień.

Przypadek ten ilustruje w typowy sposób pomyślne działanie wstrzyknięcia Omnadiny, dokonanego na samym początku choroby.

Przy leczeniu ostrych chorób zakaźnych ocena wartości stosowanych środków terapeutycznych jest zwykle bardzo trudna ze względu na istniejącą przeważnie naturalną skłonność do samowyleczenia. Będąc doskonale świadom trudności odróżnienia w tych warunkach „post hoc“ od „propter hoc“ i zdając sobie sprawę, że w licznych ze spostrzeganych przeze mnie przypadków choroba zakończyłaby się szczęśliwie również i bez Omnadiny, uważam ją jednak za preparat bardzo wartościowy. Porównywując przypadki leczone Omnadiną i leczone innemi sposobami, odnosiłem wrażenie, że grypa przebiega pod wpływem Omnadiny łagodniej, trwa krócej i nie pozostawia po sobie większego osłabienia. Wobec tego zaś, że wstrzykiwania są zupełnie niebolesne i bezwzględnie nieszkodliwe i w przeciwieństwie do innych preparatów terapji bodźcowej nie wywołują żadnego odczynu miejscowego ani ogólnego, że tolerancja ich jest zawsze doskonała, uważam za wskazane, aby w każdym przypadku grypy, której następstw wszak przewidzieć nie jesteśmy w stanie, dokonywać możliwie jaknajwcześniej wstrzyknięcia Omnadiny. W znakomitej większości przypadków zyskujemy sobie wdzięczność pacjentów za energiczną i skuteczną interwencję.

Dr. RENATO KEHL. Narodowa Akademja Lekarska w Rio Janeiro.

NOWE ZAGADNIENIA LECZENIA DIETETYCZNEGO.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques, 1934, Nr. 2).

Chirurgowie i interniści z przed 60—70 laty przypisywali duże znaczenie sposobowi odżywiania operowanych, gdyż przypuszczali, że pewne związki odżywcze sprzyjają odradzaniu się tkanek, podczas gdy inne okazują na zjawiska regeneracji wpływ ujemny.

Z biegiem czasu wielki rozwój bakterjologji sprawił, że ten stary pogląd o dużem znaczeniu dietetyki w chirurgji został zarzucony, jako niedostatecznie uzasadniony i oparty na zbyt wątłych podstawach. Przepisów dietetycznych

przestrzegano na krótko przed operacją i w ciągu kilku dni po zabiegu, lecz mając przytem na celu raczej uniknięcie wymiotów i mdłości, któreby mogły przerwać szwy, niż dążąc świadomie do zadziałania na pomyślny przebieg gojenia się rany.

Z tych właśnie względów chirurgowie zalecają wykonywanie operacji naczczo oraz nie dają pożywienia również i przez pewien czas po operacji, następnie pozwalają na pokarmy płynne, potem przetarte (purée), aż wreszcie chory powraca stopniowo do swego zwykłego sposobu odżywiania.

Dietetykę chorych chirurgicznych wprowadził ostatnio na nowe tory *Hermannsdorfer* z kliniki chirurgicznej Charité w Berlinie. Według *Hermannsdorfera* „większość lekarzy nie uznaje wcale możliwości działania zapomocą pewnych pokarmów na przebieg procesów leczniczych lub zapalnych". Obecnie jednakże zagadnienia chirurgiczno-dietetyczne zaczynają wzbudzać coraz większe zainteresowanie wśród licznych, bardzo poważnych uczonych. Liczne odnośne badania i doświadczenia wykazały, że starzy interniści i chirurgowie mieli jednak rację, gdy przypisywali duże znaczenie odpowiedniej dietetyce, chociaż opierali swe poglądy głównie na spostrzeżeniach empirycznych lub nawet na zwykłych zabobonach lub przesądach.

Nowoczesne badania przemiany materji i fizjologji tkanek oraz liczne dokładne doświadczenia wykonane na zwierzętach umożliwiły poznanie, że pewien nadmiar białka w pożywieniu zwiększa zdolność obrony ustroju przeciwko zakażeniom, podczas gdy pożywienie obfitujące w tłuszcze i lipoidy zmniejsza wrażliwość w stosunku do zakażeń.

Z powyższych względów pacjenci po operacjach, ofiary nieszczęśliwych wypadków lub chorzy na choroby zakaźne nie powinni być utrzymywani na dietach zawierających mało związków białkowych, niezbędnych dla odbudowy tkanek, oraz lipoidowych, potrzebnych dla wytwarzania obronnych przeciwciał.

Z drugiej zaś strony węglowodany we wszelkiej postaci są raczej niewskazane i ilość ich w pożywieniu powinna być znacznie ograniczona, gdyż sprzyjają one zakażeniom i ropieniom i wpływają na bardziej przewlekły przebieg cierpienia.

Według spostrzeżeń niektórych badaczy, a zwłaszcza pedjatrów, usposobienie do zakażeń znajduje się w ścisłym związku z zawartością wody w tkankach.

Osoby otyłe, skłonne do znacznego zatrzymywania wody w ustroju, są o wiele więcej narażone na wszelkie zakażenia niż osoby szczupłe, czyli posiadające mało tłuszczu. Już dawno znany był sposób leczenia ropień i zapaleń u rannych zapomocą odwadniania.

Ograniczenie ilości soli w pożywieniu umożliwia zmniejszenie hydratacji tkanek i stwarza w ten sposób lepsze warunki dla walki z zarazkami ropotwórczemi.

Nadmiar zaś soli w pożywieniu okazuje się szkodliwy; dotyczy to zwłaszcza dzieci limfatycznych, skłonnych do spraw ropnych na skórze i błonach śluzowych i do pryszczycy wilgotnej, która wysycha i znika dzięki odpowiedniej diecie.

Należy pamiętać, że sole sodu posiadają właściwość wiązania wody, podczas gdy sole potasowe cechują się własnościami odwadniającemi. W sposób odwadniający działają również sole wapnia i magnezu, które wzmagają ponadto diurezę. Tem również może się tłumaczy zjawisko, że niektóre wody mineralne okazują na pewne choroby wpływ pomyślny, inne zaś działają nawet szkodliwie, zależnie od tego, czy wpływają na gospodarkę wodną w sposób dodatni lub ujemny. Okazuje się więc, że wbrew poglądom, rozpowszechnionym nietylko wśród laików lecz nawet wśród lekarzy, podawanie określonych pokarmów lub zalecanie niektórych wód, wcale nie jest dla organizmu obojętne, gdyż może okazywać znaczny wpływ na zawiły całokształt zjawisk przemiany materji.

Drugim ważnym czynnikiem, który należy uwzględniać w dietetyce chorych operowanych lub dotkniętych chorobami zakaźnemi, jest zagadnienie witamin. Obecnie wielu chorych odżywia się przez długi czas zupami, buljonem lub potrawami przetartemi, czyli pokarmami długo gotowanemi i pozbawionemi w związku z tem witamin. Dla ludzi zaś chorych, potrzebujących szczególnie dużo energji dla walki z wrogiemi drobnoustrojami oraz dla odbudowy swych uszkodzonych tkanek, witaminy są bardzo ważnym składnikiem pożywienia.

Wielkie znaczenie dostarczania chorym niezbędnych witamin nie ulega dla współczesnego lekarza żadnej wątpliwości, gdyż uważa się, że ogólna zdolność obronna organizmu zależy w znacznym stopniu od obecności tych „rewitalizatorów".

Hermannsdorfer, jeden z pionierów właściwego odżywiania rannych i operowanych, rozpoczął swe prace od badania wpływu różnych diet na gojenie się ran.

Hermannsdorfer stwierdził przedewszystkiem, zgodnie zresztą z niektóremi dawniejszemi badaniami, że wszelka czynność komórkowa przebiega z jednoczesnem wytwarzaniem związków kwaśnych i że w związku z tem w ranach i ogniskach zapalnych panuje odczyn kwaśny; ta kwasota miejscowa zależy od zmniejszenia zasobu zasad we krwi.

Zakwaszenie w obrębie tkanki zapalnie zmienionej lub wykazującej oznaki regeneracji i gojenia się jest zjawiskiem fizjologicznem, pożytecznem i niezbędnem dla odradzania się części uszkodzonych.

Medycyna praktyczna stwierdziła zresztą już oddawna pomyślne działanie miejscowe kwaśnych środków odkażających, jak np. słabych roztworów kwasu bornego, kwasu salicylowego, octanu glinu.

Wychodząc z tych przesłanek, *Hermannsdorfer* doszedł do wniosku, że najlepsze warunki dla pomyślnego gojenia się ran można osiągnąć zapomocą diety, któraby zwiększała kwasotę krwi.

Wiadomo, że dieta wyłącznie mleczno-jarska działa alkalizująco, podczas gdy dieta tłuszczowa i mięsna zwiększa kwasotę krwi.

Dieta tłuszczowo-mięsna wywołuje więc znaczne przemiany we wzajemnym układzie soli i jonów, co doprowadza następnie do pożądanego odwodnienia

tkanek, sprzyjającego szybkiemu gojeniu się ran. Pod wpływem odpowiedniej diety zakwaszającej, wysięki zmniejszają się, ziarnina się oczyszcza, brzegi rany się zbliżają, ukrwienie poprawia się.

Opracowano specjalne tablice dietetyczne, umożliwiające łatwe układanie jadłospisu zakwaszającego, przeznaczonego dla chorych ze zmianami zapalnemi lub cierpieniami chirurgicznemi. Na tablicach tych odróżnia się pokarmy wskazane, pokarmy dozwolone w umiarkowanych ilościach i pokarmy zabronione.

Do grupy pokarmów wskazanych należą: mięso wołowe, zwłaszcza pieczone, mięso cielęce, baranie, kurczaki, wątroba, mózg i nerki cielęce, buljon z surowego mięsa, surowe mięso siekane, jajka (surowe żółtka jaj), poncz na jajkach, świeże masło niesolone, tran, wyciągi mięsne.

Do grupy pokarmów dozwolonych w umiarkowanych ilościach należą: potrawy mączne jak np. drobna kaszka zbożowa, zmielona kasza jęczmienna, mąka pszenna i żytnia, płatki owsiane, makaron, ryż, chleb, sucharki, mąka z kukurydzy, tapjoka, kasza owsiana, soczewica, groch, cebula, orzechy laskowe i włoskie, kasztany, piwo i wino czerwone.

Do grupy pokarmów zakazanych zalicza się: wszelkie potrawy solone, konserwy, kartofle, jarzyny, mleko i t. d.

Dietę zakwaszającą przestrzegać wolno jedynie przez pewien ograniczony czas, potrzebny dla osiągnięcia pożądanego wyniku; na czas dłuższy dieta ta jest nieodpowiednia.

Dla spotęgowania działania zakwaszającego omawianej diety można zalecać ponadto kwas fosforowy lub kwaśny fosforan amonu.

W artykule niniejszym pragnęliśmy jedynie zwrócić uwagę czytelników na duże znaczenie przestrzegania odpowiedniej diety, zwłaszcza w przypadkach cierpień chirurgicznych i zmian zapalnych. Szczególnie pomyślny wpływ leczniczy okazuje dieta zakwaszająca na przebieg spraw przewlekłych. Odżywianie obfitujące w białko, tłuszcze, witaminy i sole mineralne, a zawierające mało węglowodanów i możliwie pozbawione soli kuchennej pozwala osiągnąć znakomite wyniki lecznicze nawet w ciężkich przypadkach gruźlicy chirurgicznej.

Dr. J. G. M. BULLOWA.

LECZENIE DELIRIUM PRZY ZAPALENIU PŁUC ZAPOMOCĄ AVERTINY.

(Referat według Med. Clin. of. North. Am. 1933).

Avertina nadaje się doskonale dla uśmierzania napadów ciężkiego delirium występującego nierzadko w przebiegu zapalenia płuc. Uprzednio należy oczywiście wypróbować wszelkie inne łagodniejsze środki uspokajające. Dopiero jeśli te preparaty zawiodą, zwracamy się do Avertiny. Avertinę podajemy per rectum w dawkach mniejszych niż przy uśpieniu dla celów chirurgicznych:

0,06 cm^3 na kilo wagi ciała. Jeżeli dawka ta okaże się niewystarczającą, to uzupełniamy do 0,075, a w rzadkich wypadkach podajemy w razie potrzeby po raz trzeci do dawki 0,1 cm^3 na kilo. Chorzy zasypiają odrazu lub w ciągu pół godziny; oddech nie ulega żadnym zmianom. Przebudzenie następuje po kilku godzinach bez żadnych objawów delirium i ze znacznie lepszem samopoczuciem. Stan psychiczny chorych jest zupełnie prawidłowy. W przypadkach, w których bardzo podrażnieni i skłonni do gwałtownych czynów pacjenci nie mogą zatrzymać w sobie roztworu Avertiny, wskazanem jest wstrzyknąć uprzednio dożylnie lub domięśniowo odpowiedni preparat kwasu barbiturowego. Również jeżeli dawka 0,06 cm^3 Avertiny pro kg nie wystarcza, można dla sprowadzenia głębszego snu podać dodatkowo barbiturowy środek nasenny. Z pośród licznych przypadków psychozy w przebiegu zapalenia płuc, autorka omawia bardziej szczegółowo trzy przykłady:

1. Mężczyzna, lat 39. Zapalenie płuc. Gorączka 39,7°, tętno 140, oddech 38. Pacjent przybył do szpitala w 5-ym dniu choroby. Podanie kodeiny umożliwiło choremu uśnięcie. Po 7 godzinach kaszel, urojenia prześladowcze, chory zrywa się z łóżka i chce uciekać. Nadmierne poty. 4,8 cm^3 Avertiny. Chory niezupełnie zasypia, lecz podniecenie ustępuje i chory uspokaja się. W 7-ym dniu gorączka 39,2°, tętno 108, oddech 44, bezsenność, chory podrażniony, gadatliwy. Środek nasenny uspokaja go na 2 godziny, poczem gorączka podnosi się do 40°, znowu niepokój, chory rzuca się i krzyczy bezustanku. 4,3 cm^3 Avertiny usypiają pacjenta. Następnego dnia: ogólna poprawa, senność, spokój, 39°. 8-go i 9-go dnia dalsza poprawa, spadek gorączki, tętno coraz wolniejsze. Wyleczenie.

2. Mężczyzna, lat 43, zapalenie płuc o niezbyt ciężkim przebiegu, lekka sinica. 39,4°, tętno 128, oddech 40. Objawy płucne umiejscowione w lewym górnym płacie. Wstrzyknięcie surowicy pneumokokowej. Po 3 dniach gorączka 37,8°, tętno 100, oddech 30, chory niespokojny, wrzaskliwy, bardzo podniecony. Pod wpływem podania 3,8 cm^3 Avertiny objawy delirium łagodnieją, chory śpi 1½ godziny, poczem budzi się i po krótkim czasie znowu wpada w stan gwałtownego pobudzenia, trwający aż do następnego dnia. Podano środek nasenny z grupy związków barbiturowych; pacjent początkowo zachowuje się bardzo gwałtownie, poczem powoli uspokaja się i usypia. Wyleczenie.

3. Mężczyzna, lat 37, przybywa do szpitala w 5-ym dniu choroby. Duszność i wybitna sinica. Zapalenie płuc w lewym górnym płacie. 39,8°, tętno 120, oddech 30. 8-go dnia niepokój i dezorjentacja. 0,01 g morfiny. Po kilku godzinach chory niespokojny, zrywa się z łóżka. Cała noc mija bezsennie. Następnego dnia delirium wzmaga się. 0,01 g morfiny i 0,0003 g skopolaminy. Niepokój trwa jeszcze przez 3 godziny, poczem chory zasypia. Następnego dnia znowu delirium. 0,015 g morfiny pozostają bez wpływu na stan pacjenta. Dopiero 4,3 cm^3 Avertiny sprowadzają w 11-ym dniu uspokojenie i sen. Po obudzeniu się normalny stan psychiczny i szybka poprawa.

Również *Rivera* i *Pineda* (St. Juan Dios. Hosp. 1934, Nr. 1) donoszą, że w przypadkach delirium, występującego w przebiegu płatowego zapalenia płuc, stosowali z powodzeniem Avertinę, przyczem nie obserwowali żadnych oznak jakiegokolwiek ujemnego wpływu preparatu na przebieg sprawy chorobowej.

Dr. J. LACKERBAUER, Zakład Leczniczy w Regensburgu.

PROMINAL W PRAKTYCE ZAKŁADOWEJ.

(Referat według Psychiatr. Neurolog. Wschr. 1933, Nr. 37).

Spostrzeżenia autora dotyczą 15 kobiet i 24 mężczyzn dotkniętych padaczką i leczonych zapomocą Prominalu. Chorzy musieli stale przebywać w zamkniętym zakładzie, gdyż przeważnie już od wielu lat cierpieli na bardzo ciężkie i często powtarzające się napady. Początkowa dawka Prominalu wynosiła 0,1 g po kolacji. Ilość napadów zarówno u mężczyzn jak i u kobiet zmniejszyła się pod wpływem tego leczenia o 42%. Powtórzenie tej kuracji po jednomiesięcznej przerwie sprawiło, że u jednego mężczyzny napady ustąpiły zupełnie. Po tych spostrzeżeniach wstępnych dawkę dobową Prominalu zwiększono do 0,2 g: 15 pacjentkom podawano rano i wieczorem po 0,1 g Prominalu, dzięki czemu udało się zmniejszyć ilość napadów o 67%. Trzecia część chorych poprawiła się do tego stopnia, że wcale nie dostawała napadów. Dwie trzecie napadów wystąpiły w pierwszej połowie miesiąca, a jedna trzecia w drugiej połowie. Następnie tym chorym, którzy nie reagowali na dawkę dobową 0,2 g Prominalu, zaczęto podawać Prominal w dawkach nieco większych (0,3 i 0,4 g), co pozwoliło osiągnąć znaczną poprawę jeszcze w połowie przypadków. Chorzy, którzy zachowywali się odpornie w stosunku do tych większych dawek, nie reagowali również i na odpowiednie dawki Luminalu, byli natomiast znacznie senniejsi i słabsi. Dawki 0,4 g Prominalu nie przekraczano.

Po odstawieniu Prominalu napady występowały znowu jak przed leczeniem. Autor uważa 0,2 g Prominalu za najlepszą przeciętną dawkę. Ogólne zachowanie się psychiczne epileptyków poprawiało się znakomicie. Działanie uspokajające było nadzwyczaj pomyślne. Ze względu na brak smaku chorzy przyjmowali Prominal bez żadnych zastrzeżeń. Prominal podawany w dawce dobowej 0,2 g nie wywoływał żadnych zaburzeń ani niepożądanych objawów działania ubocznego nawet przy nieprzerwanem zażywaniu go w ciągu długich miesięcy.

Prof. dr. FLECKSEDER. Wiedeń.

W SPRAWIE STOSOWANIA I SPOSOBU DZIAŁANIA RTĘCIOWYCH ŚRODKÓW MOCZOPĘDNYCH.

(Referat według Zschr. Urol. 1934, tom 28).

Najlepszy sposób stosowania Salyrganu polega na wstrzykiwaniach dożylnych; można jednak podawać Salyrgan również domięśniowo, dootrzewnowo, a w odpowiednich dawkach nawet doustnie lub per rectum. *Fleckseder* rozpoczyna zwykle od 1 cm^3 i jedynie w wyjątkowych przypadkach przekracza

dawkę 3 cm^3. Tak np. pewien chory z dużym tętniakiem łuku aorty i daleko posuniętem niewyrównaniem krążenia wcale nie reagował na małe dawki Salyrganu; dopiero wielkie dawki 4 i 8 cm^3 zwiększyły diurezę dobową do 6 wzgl. 6,4 litra.

Wstrzykiwania Salyrganu, decholiny i cukru gronowego w jednej strzykawce (1—3 cm^3 Salyrganu, 10 cm^3 20%-owej decholiny, 20 cm^3 33%-owego cukru gronowego dożylnie), dokonane po uprzedniem przygotowaniu chlorkiem amonu, zwiększały diurezę do kolosalnych rozmiarów. W przypadku miażdżycowej marskości nerek z zastojem na tle niedomykalności zastawki trójdzielnej, dobowa ilość moczu doszła raz do 13½ litra; u chorych z zastojem sercowym i zastojem w obrębie żyły wrotnej diurezy dobowe 6—8 litrów nie należały do rzadkości. Trudności techniczne wstrzykiwania do cienkich lub ukrytych w głębi żył oraz ew. obecność zakrzepów żylnych zmuszają do stosowania wstrzykiwań domięśniowych. W ostatnich czasach wstrzykuje się Salyrgan również i dootrzewnowo. Wstrzykiwania takie stosują się zwłaszcza w przypadkach znacznych zastojów, przebiegających z puchliną brzuszną, gdy wielkie uogólnione obrzęki części miękkich utrudniają wsysanie się domięśniowo podanego Salyrganu. Salyrgan wstrzykuje się dootrzewnowo w dawkach 1—3 cm^3, przyczem uprzednio rozcieńcza się go 10—30 cm^3 płynu puchlinowego lub fizjologicznego roztworu soli kuchennej. U pewnego chorego z alkoholową marskością wątroby i niedomogą serca na tle miażdżycy naczyń wieńcowych udało się w ten sposób po uprzedniem przygotowaniu chlorkiem amonu, zwiększyć diurezę dobową do 5½ litra. W niektórych przypadkach działanie moczopędne dootrzewnowo podanego Salyrganu utrzymuje się w ciągu kilku dni. W nielicznych przypadkach udawało się, po przygotowaniu chlorkiem amonu, bardzo znacznie zwiększyć diurezę również i zapomocą lewatyw z Salyrganu. Jeżeli chory w żaden sposób nie chce się zgodzić na leczenie wstrzykiwaniami, to można spróbować podawać Salyrgan doustnie, co daje czasami niezłe wyniki. Przy doustnem stosowaniu Salyrganu należy w ciągu dłuższego czasu (kilka tygodni) podawać codziennie od 1 do 5 cm^3 Salyrganu w roztworze chlorku amonu. Diureza dobowa podnosi się czasem do 3 litrów, tak że udaje się osiągnąć całkowite i trwałe odwodnienie nietylko u chorych sercowych, lecz również u pacjentów z wodobrzuszem na tle marskości alkoholowej wątroby lub na tle bliznowatego zaciśnięcia wielkich żył wątrobowych (wrzekoma marskość wątroby).

Stosowanie Salyrganu jako środka moczopędnego jest wskazane zarówno przy czystej wątrobie zastoinowej, która nie reaguje już na działanie samej naparstnicy, jak i przy ogólnym sercowym zastoju żylnym z obrzękami lub bez, a zwłaszcza w przypadkach jednoczesnego zastoju obwodowego i brzusznego. Uprzednie lub jednoczesne zastosowanie leczenia naparstnicowego należy zawsze uważać za bardzo pożądane. Dalszemi wskazaniami są czyste zastoje w obrębie żyły wrotnej wskutek marskości wątrobowej *Laenneca* i tak zwane wrzekome marskości wątroby. Pomyślne wyniki osiąga się również przy nie-

których postaciach obrzęków nerczycowych. *Eppinger* zaleca Salyrgan przy otyłości przebiegającej z zatrzymaniem wody; w przypadkach takich Salyrgan wywoływał przeważnie obfitą diurezę i doprowadzał do zmniejszenia się wagi. Salyrgan jest w stanie pobudzić do wessania się również i wysięki zapalne, np. przy gruźlicy otrzewnej; nawet puchlina brzuszna na tle raka otrzewnej reaguje na działanie moczopędne Salyrganu, co pozwala na znacznie rzadsze dokonywanie punkcyj brzusznych. Salyrgan jest wskazany również w przypadkach obrzęku mózgu i płuc z wyjątkiem u chorych dotkniętych daleko posuniętą niedomogą nerek w stosunku do związków azotowych. Stosowanie Salyrganu jest następnie przeciwwskazane w przypadkach uwiądu i daleko posuniętego charłactwa, przy otwartej gruźlicy płuc z niebezpieczeństwem krwawienia, ciężkiem osłabieniu serca, niektórych zaburzeniach kiszkowych, jak uporczywe biegunki, porażenie jelit wskutek zapalenia otrzewnej, zwężenia jelit. Dalsze przeciwwskazania stanowią zatrucia cholemiczne, a przedewszystkiem stany zapalne nerek i wszystkie stany mocznicowe i preuremiczne z niedostatecznem wydzielaniem związków azotowych. Również i złośliwe postacie marskości nerek, nerki torbielowate, przerost gruczołu krokowego oraz nadczynność tarczycy nakazują przestrzeganie ostrożności.

Jako szczególne przeciwwskazanie do stosowania rtęciowego leczenia moczopędnego uważano obecność zakrzepów żylnych, przypuszczając, że wzmożenie prądu krwi i płynów tkankowych może się przyczynić do oderwania się skrzepów. *Nonnenbruch* uważa jednak obawę przed stosowaniem rtęciowych środków moczopędnych za przesadzoną, gdyż w znakomitej większości przypadków tolerancja ich jest doskonała.

Według *Nonnenbrucha* jedynie kłębuszkowe zapalenie nerek (Glomerulonephritis) stanowi istotne przeciwwskazanie, we wszelkich zaś pozostałych stanach chorobowych przy ostrożnem i umiejętnem przeprowadzeniu leczenia Salyrgan przejawia silne działanie moczopędne, nie wywierając przytem żadnych niepożądanych lub szkodliwych objawów działania ubocznego.

Jako przykład doskonałej tolerancji Salyrganu można przytoczyć następujące spostrzeżenie *Ova F. Kittvicka* (The Pennsylvania Med. Journ. 1933, tom 37): chory z bardzo dużą puchliną brzuszną, zależną od niedomogi serca; ograniczenie płynów, sucha dieta i leżenie w łóżku pozostawały bez wpływu na zaburzoną gospodarkę wodną. Również i liczny szereg leków nie był w stanie pobudzić diurezy. Dopiero wstrzykiwania Salyrganu z jednoczesnem stosowaniem chlorku amonu sprowadziły poprawę w ciężkim stanie pacjenta. Salyrgan wstrzykiwano co drugi dzień. Ogółem chory otrzymał dotychczas 113 wstrzykiwań, przyczem ani razu nie stwierdzono żadnych objawów działania ubocznego. Obwód brzucha, który na początku leczenia wynosił 140 cm, zmniejszył się dzięki silnemu moczopędnemu działaniu Salyrganu do 106 cm.

Freundlich (Klin. Wo. 1933, Nr. 28) zwraca uwagę na doskonałą tolerancję i skuteczność Salyrganu przy stosowaniu dootrzewnowem.

Dr. Med. YASUSADA YAMADA. Klinika Dermatologiczna Uniwersytetu Niigata.

LECZENIE ŚWIERZBU.

(Referat według Jikken Chiryo 1933, Nr. 51).

Istnieje dość znaczna liczba środków przeznaczonych dla leczenia świerzbu. Niektóre z pośród nich nie posiadają jednak dostatecznego działania leczniczego, inne zaś są coprawda skuteczne, lecz wywierają niepożądane objawy działania ubocznego, jak np. drażnią skórę i nerki, wobec czego można je stosować jedynie z bardzo dużą ostrożnością i pod stałą kontrolą. Autor wypróbował na klinice liczny szereg środków i doszedł na podstawie swego dużego doświadczenia do wniosku, że najskuteczniejszym preparatem przeciwświerzbowym jest Mitigal. Z chemicznego punktu widzenia przedstawia Mitigal dwusiarczek-dwumetylo-dwufenylenu. Przeciwświerzbowe działanie Mitigalu można uważać prawie za niezawodne, przyczem tolerancja jego jest doskonała, gdyż nie wywołuje on nigdy żadnych objawów ubocznych.

Spostrzeżenia autora dotyczą 160 przypadków świerzbu z różnemi powikłaniami, pomyślnie leczonych Mitigalem. Sposób leczenia Mitigalem nie różni się od metod leczenia świerzbu innemi środkami: 3 do 4 wcierań; nie kąpać się i nie zmieniać podczas kuracji bielizny; staranna kąpiel gorąca dopiero po zakończeniu kuracji. W znacznej większości przypadków leczenie przeprowadzano ambulatoryjnie. Miało to jednak również i swą stronę ujemną, albowiem pewna część chorych, którzy zgłaszali się na wcieranie do kliniki, po drugiem wcieraniu nie przychodziła już więcej, gdyż uważali się widocznie za zupełnie wyleczonych. Wobec tego trzeba było już po pierwszem wcieraniu dawać przychodzącym pacjentom brakujące jeszcze do zakończenia całkowitej kuracji 100 cm^3 ze wskazaniem, aby nawet w razie poprawy jednak wcierania dokończyli. Po przekonaniu się o niezawodnem działaniu leczniczem Mitigalu, autor uznał kontrolę stanu zdrowia pacjentów po odbytej kuracji za zupełnie zbyteczną.

Mitigal nigdy nie wywoływał żadnych objawów podrażnienia skóry; nawet wprost przeciwnie, ropne zmiany skórne, tak często wikłające świerzb, goiły się pod wpływem Mitigalu o wiele prędzej, niż to się zwykle przy świerzbie dzieje, tak że narzucała się poprostu myśl o swoistem działaniu leczniczem Mitigalu na dermatozy. Mocz nigdy nie zawierał nawet śladów białka, gdyż Mitigal prawdopodobnie wcale się przez skórę nie wchłania. Za wielką zaletę Mitigalu należy również uważać brak przykrego zapachu oraz czystość stosowania.

Dr. H. O. KLEINE, Klinika Ginekologiczna w Heidelbergu.

W SPRAWIE RENTGENOLOGICZNEJ SYMPTOMATOLOGJI ROZMIĘKCZENIA KOŚCI; JEDNOCZEŚNIE PRZYCZYNEK DO LECZENIA VIGANTOLEM.

(Referat według Arch. Gynäk. 1932, tom 151).

Autor opisuje historję choroby pewnej 47-letniej pacjentki, którą w ciągu długich lat liczni lekarze leczyli bezskutecznie na „rwę kulszową" lub „reumatyzm", a która, jak się okazało, cierpiała na rozmiękczenie kości. Pierwsze objawy osteomalatyczne wystąpiły podczas połogu po drugiej ciąży (1917) pod postacią bólów w kończynach i w krzyżu i zaburzeń w chodzeniu. Podczas 4 następnych ciąży dolegliwości pogarszały się coraz bardziej. Od roku 1926 chód chorej stał się „kaczkowaty". Według słów pacjentki bóle były szczególnie dokuczliwe w miesiącach zimowych. Wyraźniejszych objawów przebytej krzywicy nie było. Na uwagę zasługiwało jedynie, że u chorej w okresie pokwitania zaczęła się niezwykła próchnica zębów i pacjentka już przed pierwszą ciążą (1915) straciła wszystkie zęby. Z pośród dzieci jedynie dziecko urodzone w r. 1920 miało objawy krzywicy.



Warstwa przebudowy w czwartej kości śródstopia w przypadku rozmiękczenia kości

Rozpoznanie rozmiękczenia kości postawiono poraz pierwszy 12 marca 1932 r. dzięki rentgenologicznemu zbadaniu kośćca. Po czterech tygodniach chora zdecydowała się na zapisanie się do kliniki. Stan odżywiania był dobry, obraz krwi prawidłowy, odczyn *Wassermanna* ujemny. 12 kwietnia 1932 r. dokonano kastracji rentgenowskiej. Dalsze leczenie polegało na podawaniu wapnia i przestrzeganiu diety obfitującej w witaminy oraz na stosowaniu Vigantolu. Już pod koniec kwietnia stwierdzono pierwsze oznaki poprawy; chora mogła łatwiej zachować postawę stojącą i chód zbliżył się do normalnego. 28 kwietnia chorą wypisano z kliniki ze znaczną poprawą. Podczas pierwszego badania kontrolnego po 3 tygodniach chora skarżyła się jedynie na lekkie bóle w stawach biodrowych. Ruchomość stawu była doskonała. Wrażliwość na ucisk i uderzanie ustąpiła zupełnie. Podczas drugiego badania kontrolnego 23 czerwca nie stwierdzono już żadnych bólów ani zaburzeń chodzenia.

Na uwagę zasługuje porównanie dwóch obrazów rentgenowskich z 12 marca i 19 maja. Pierwsze zdjęcie wykazuje wyraźne zwężenie miednicy w prostej średnicy, jednakże bez typowego kształtu karcianego serca i bez uwypuklenia spojenia łonowego. Następnie stwierdza się wyjaśnienia panewek kości biodrowych i dośrodkowego odcinka kości udowej; istota tych wyjaśnień polega na zaniku substancji kostnej. Najjaskrawsze zmiany są widoczne po obu stronach w tych miejscach, w których kość łonowa graniczy z dołem panewki i z dolną gałęzią kości siedzeniowej; znajdujemy tam wyjaśnienia przenikające cały cień kostny, wokoło których wytworzyły się rozległe okostnowe zwapniałe nawarstwienia. Mamy tu do czynienia nie ze złamaniami, lecz z t. zw. „warstwami przebudowy". (*Looser*). Bardzo wyraźna warstwa przebudowy była widoczna w postaci poprzecznie biegnącej jasnej linji na wysokości krętarza małego; tę zamianę płytek kostnych przez plecionkowatą substancję kostninową nazywamy właśnie przebudową. Podobne warstwy przebudowy znajdujemy również przy krzywicy. W dziewięć tygodni po pierwszem zdjęciu rentgenowskiem i po 4 tygodniach leczenia Vigantolem dokonano zdjęcia poraz drugi; na kliszy tej wyjaśnienie krętarza zniknęło, a wyjaśnienia w obrębie warstw przebudowy w miejscach, w których kość łonowa styka się z dołem panewki, wykazują po obu stronach wyraźne zagęszczenia. Vigantol doprowadził więc do dobrego zwapnienia, które można było wykazać również i rentgenologicznie. Zbadano rentgenologicznie również i kręgi i kończyny, przyczem umiarkowany zanik kości stwierdzono jedynie w kończynach dolnych, a zwłasz-



Warstwa przebudowy w krętarzu małym w przypadku rozmiękczenia kości



Zniknięcie warstwy przebudowy przy prawym krętarzu małym po 4 tygodniach stosowania Vigantolu

cza w szczególnie obciążonych kościach stóp. W czwartej kości śródstopia prawej nogi znaleziono wyraźną warstwę przebudowy. Zmian chorobowych w czaszce nie stwierdzono.

Według autora mieliśmy w tym przypadku do czynienia z rozmiękczeniem kości, przyczem największe zmiany kostne były umiejscowione w miednicy. Ta postać chorobowa jest charakterystyczna dla połogowego rozmiękczenia kości.

LECZENIE ZAKAŻENIA POŁOGOWEGO.

(Referat zbiorowy).

Leczenie zakażenia połogowego ciągle jeszcze przedstawia zagadnienie nierozstrzygnięte. Jeżeli oprócz cukru, surowicy paciorkowcowej i przetaczania krwi pragniemy zastosować terapję akrydynową, to najczęściej zwracamy się do Trypaflaviny, jako najskuteczniejszego sposobu leczenia stanów septycznych. W ostatnich latach stosowano jednak wielokrotnie z dużem powodzeniem również i Rivanol. Trypaflavinę wstrzykuje się dożylnie w stężeniach od ½ do 2%, Rivanol natomiast trzeba stosować dożylnie w stężeniach słabszych, a mianowicie tylko w 1‰-owych roztworach wodnych. Wysokoprocentowe roztwory wodne mogłyby uszkodzić żyły. Należy również unikać i dodatku soli kuchennej, która strąca Rivanol z jego roztworu. Dla uniknięcia wszelkich objawów działania ubocznego należy wstrzykiwać możliwie wolno, na co zwracał uwagę już *Beck* (Th. Ggwt. 1924). W piśmiennictwie znajdujemy liczne doniesienia o pomyślnym wpływie Rivanolu na przebieg zakażeń septycznych. Tak np. *Streibel* (Ztbl. Gyn. 1924, Nr. 41) opisuje, że w licznych przypadkach zakażenia połogowego udawało mu się doprowadzić zapomocą Rivanolu do szybkiego spadku gorączki i wyleczenia, choć bezpośrednio po wstrzyknięciu występowały mocne dreszcze. *Streibel* wstrzykiwał dożylnie 75 — 100 cm^3 1‰-owego roztworu Rivanolu (dodatku Novocainy należy bezwzględnie unikać).

Petrov (Kl. W. 1925, Nr. 8) leczył zapomocą Rivanolu przypadek zakażenia krwi po poronieniu z ropniem w okolicy pośladkowej i głębokiem nacieczeniem w prawej połowie miednicy. Autor nastrzykiwał do ogniska zapalnego 40 cm^3 roztworu Rivanolu 1:1000. Po upływie tygodnia wstrzyknięto dożylnie 60 cm^3 1‰-owego roztworu Rivanolu. Nacięcie i wypuszczenie ropy sprowadziło wreszcie szybko ostateczne wyleczenie.

Również i *Bumm* (Med. Kl. 1923, Nr. 1) osiągnął pomyślne wyniki, stosując codziennie dożylne wstrzykiwania 50 — 100 cm^3 1‰-owego roztworu Rivanolu i podając jednocześnie 50 cm^3 surowicy paciorkowcowej.

Sigwart (Med. Kl. 1923, Nr. 10) leczy wszystkie przypadki zakażenia połogowego przedewszystkiem zapomocą Rivanolu i osiąga naogół bardzo pomyślne wyniki lecznicze. *Sigwart* zwraca uwagę, że żaden inny preparat nie

daje tak stałych i dobrych wyników jak właśnie Rivanol. Również i *Sigwart* stosuje jednocześnie Rivanol i surowicę.

Bock (D. M. W. 1924, Nr. 11 i 14) wstrzykuje w przypadkach zakażenia połogowego 0,1 g Rivanolu w 1‰-owym jałowym roztworze wodnym. W każdym przypadku gorączki połogowej po porodzie lub poronieniu z dreszczami lub bez *Bock* wstrzykuje pierwszego dnia (jeżeli pacjentki nie są bardzo wyniszczone) 70 — 80 cm^3 Rivanolu (1:1000) dożylnie. Pod wpływem tej terapji gorączka zwykle nieco opada i ew. dreszcze znacznie słabną. Następnego dnia wstrzykuje się 50 cm^3; trzeciego dnia stan pacjentek jest w większości przypadków już tak dobry, że można uczynić przerwę i dopiero czwartego dnia wstrzykuje się znowu 50 cm^3.

Oginz (Il. of surg. 1929. VII) wstrzykuje Rivanol ze specjalną ostrożnością: czas wstrzykiwania 80 cm^3 1‰-owego roztworu Rivanolu powinien wynosić według *Oginza* 25 minut; największa dawka ogólna na całą kurację nie powinna przekraczać 375 cm^3, a najwyższa dawka pojedyńcza 100 cm^3 1‰-owego roztworu. Za zakażenie połogowe uważa *Oginz* jedynie przypadki przebiegające z gorączką powyżej 39,3°, w których staranne i całkowite badanie wyłączy z całą pewnością wszelkie inne przyczyny gorączki. Dla porównania leczono 9 pacjentek nie Rivanolem a przetaczaniami krwi. Pozatem chore leczone Rivanolem i chore leczone przetaczaniem krwi znajdywały się w zupełnie jednakowych warunkach. Przeciętna ilość dni gorączkowych wynosiła u kobiet leczonych Rivanolem 4,8, a u pacjentek kontrolnych 13,3. Przeciętny czas pobytu w szpitalu kobiet leczonych Rivanolem wynosił 14,4 dnia, a pacjentek kontrolnych 23,3 dnia.

Dr. RHODE - FENNER, Kolonja.

PROTEZY HISTORYCZNE.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques. tom VI. Nr. 6).

Zagadnienie zastępowania utraconych kończyn zyskało podczas wielkiej wojny światowej znaczenie, jakiego poprzednio nigdy nie miało. Setki tysięcy ludzi zostało okaleczonych i pozbawionych zdolności do pracy. Nic więc dziwnego, że myśl ludzka wysilała się, aby znaleźć sposoby, któreby mogły nieszczęśliwym kalekom przywrócić w sztuczny sposób utracone kończyny i umożliwić im samodzielną pracę. Dzięki bezustannym wysiłkom i ciągłym udoskonaleniom postępy w tej dziedzinie są istotnie bardzo duże. Skonstruowano bardzo pomysłowe protezy, zastępujące utracone górne i dolne kończyny. Inwalidzi bez nogi, zaopatrzeni w nowoczesne protezy, mogą z łatwością odbywać długie marsze i nawet tańczyć lub jeździć na rowerze, przyczem nawet bystry obserwator może wcale nie zauważyć kalectwa. Co jednak działo się z takimi kalekami za dawnych czasów, gdy technika wytwarzania protez stawiała dopiero swe pierwsze kroki? Czy nieszczęśliwi ludzie, pozba-

wieni na wojnie lub wskutek wypadku kończyn byli podobni do żebraków, których spotykamy czasami jeszcze i obecnie, wspartych na kulach, lub których pusty rękaw zwraca uwagę otoczenia i jakby wzywa do udzielenia jałmużny? Starożytne kroniki pouczają nas jednakże, że idea sztucznego zastępowania utraconych kończyn jest tak samo stara jak początki pierwotnej chirurgji. *Herodot* opisuje, że już na 5 wieków przed naszą erą żył niejaki *Hegesistrates*, który dostał się podczas bitwy do niewoli i został przykuty do muru żelazną obręczą, nałożoną na nogę. *Hegesistrates* uwolnił się w ten sposób, że sam odciął sobie przykutą nogę. Jest to przykład niezwykłego bohaterstwa, dowodzącego, jak wielkie było w tym człowieku umiłowanie wolności; w ten sam sposób postępuje lis schwytany w łapkę. Po zagojeniu się rany *Hegesistrates* zrobił sobie sztuczną nogę z drzewa, która umożliwiała mu chodzenie. W talmudzie jest mowa o sztucznych rękach. *Marjusz Sergjusz* oblegał Kremonę, mając sztuczną rękę z żelaza, którą sam sobie wykuł po stracie kończyny podczas drugiej wojny punickiej. Na mozajkach i na wazach, z których dość liczne pochodzą z czasów przedhistorycznych, można rozpoznać malowidła, przedstawiające ludzi z sztucznemi kończynami: na jednej np. wazie pochodzenia włoskiego, znajdującej się obecnie w Luwrze, której wiek obliczają w przybliżeniu na 2500 lat, widzimy kalekę bez nogi opierającego się na drążku, mocno przytwierdzonym do ciała.

Lekarzem przybocznym *Wilhelma Gonzagi*, księcia Medjolanu, był *Giovanni Tommasco Minadoi*, profesor Uniwersytetu w Padwie. *Minadoi* opisał dwa przypadki amputacji, z których jeden zasługuje na szczególną uwagę, gdyż omawia amputację obu rąk. Dzięki nadzwyczaj pomysłowemu aparatowi z żelaza, okaleczony tak okrutnie osobnik uzyskał możność zdejmowania i wkładania kapelusza, otwierania i zamykania sakiewki, podpisywania swego nazwiska i t. d. Oczywiście, że protezy kończyn dolnych były znacznie doskonalsze niż kończyn górnych, gdyż technicznie były o wiele łatwiejsze do wykonania. Niektóre protezy z dawnych czasów, które zachowały się aż do dni dzisiejszych, dowodzą nam, jak liczne i niezwykłe były pomysły, mające na celu sztuczne zastąpienie czynności utraconych nóg i rąk. W 16-ym wieku pewien kowal paryski zbudował jakoby doskonałą protezę, mogącą z dużem powodzeniem zastępować rękę. *Ambroży Paré* opisał i narysował tę bardzo skomplikowaną protezę. Ciekawe aparaty starożytnych protez znajdują się w Florencji w muzeum *Stibberta* i w Medjolanie w muzeum *Poldi - Pezzoli*.

Żadna jednak ze starożytnych protez nie pozyskała takiej sławy, jak proteza *Götza von Berlichingen*, człowieka o żelaznej ręce. *Götz* stracił swą prawą rękę podczas oblężenia zamku Landshut, gdy miał 23 lata. Pewien ślusarz z Norymbergji, a według innych własny puszkarz *Götza* stworzył mu z żelaza sztuczną rękę. Zachowały się dwa egzemplarze tej ręki: model pierwszy, prosty, roboty dość grubej i model drugi, późniejszy, o wiele doskonalszy, który stanowi swego rodzaju arcydzieło mechaniki. Oryginał tej protezy znajduje się obecnie w zamku, w pobliżu Jaxthausen, w którym urodził się *Berlichingen;* istnieją ponadto

liczne kopje, z których jedna znajduje się np. w muzeum w Wiedniu. A nawet gdyby ta sztuczna ręka nie zachowała się do naszych czasów, to i tak stałaby się nieśmiertelną dzięki słynnemu dramatowi *Goethe'go*. Sztuczna żelazna ręka *Götza* oddawała mu podczas bitew większe usługi niż ręka prawdziwa; lecz *Götz* oprócz żelaznej ręki posiadał również i żelazną wolę. Wola i siła moralna odgrywają bardzo ważną rolę przy korzystaniu ze sztucznych kończyn, gdyż przyzwyczajenie do protezy i nauczenie się władania nią wymagają tygodni i miesięcy bezustannych wysiłków, stałego napięcia nerwów i niezłomnej chęci do osiągnięcia pożądanego celu. Jeśli te wysiłki dawały dobre wyniki już w dawnych czasach przy pomocy środków stosunkowo prymitywnych, to powinny one obecnie, dzięki udoskonaleniu nowoczesnej techniki wyrabiania protez, stworzyć istotne, prawie pełnowartościowe zastępstwo utraconych kończyn i przyczynić się do złagodzenia losu ludzi tak dotkliwie okaleczonych.

Dr. B. KRISS, Szpital Wieden w Wiedniu.

LECZENIE SWĘDZENIA W PRZYPADKACH PRZEWLEKŁEJ PRYSZCZYCY I MARSKOŚCI SROMU.

(Referat według Wien. Klin. Wschr. 1933, Nr. 49).

Na oddziale ginekologicznym szpitala Wieden w Wiedniu leczy się przewlekłą pryszczycę sromu i odbytu oraz marskość sromu (Kraurosis vulvae) zapomocą infiltracji skóry ½%-owym roztworem Novocainy lub $^1/_5$%-owym roztworem Tutocainy. Również i *Halban* już w roku 1927 doniósł o pomyślnych wynikach tej metody leczniczej. Spostrzeżenia *Krissa* opierają się na 50 przypadkach pryszczycy odbytu i sromu. Skórę odkaża się benzyną — inne środki odkażające przeważnie drażnią — następnie nastrzykuje się podskórnie okolicę sromową, rozpoczynając zwykle od spoidła tylnego. W przypadkach pryszczycy odbytu infiltrację należy dokonać na większej przestrzeni w kierunku do odbytu. Jeżeli chcemy osiągnąć wynik pomyślny, to należy nastrzyknąć tkanki większych i mniejszych warg i okolicy odbytu bardzo mocno aż do wystąpienia dość dużego obrzęku. Wstrzykuje się przeciętnie do 60 cm^3. Po 4—5 dniach swędzenie ustępuje i pacjentki odczuwają wielką ulgę. Miejscowo skóra staje się bardziej miękką i giętką. Nadmierne rogowacenie częstokroć ustępuje zupełnie. W większości przypadków już jedno jedyne wstrzyknięcie okazuje się wystarczające dla uwolnienia chorej od jej uporczywego cierpienia. Jedynie w nielicznych przypadkach trzeba było wstrzyknięcie powtórzyć. Również i w przypadkach marskości sromu nastrzyknięcie tkanek Novocainą wpływało pomyślnie na przebieg choroby i zatrzymywało dotychczasowe stałe postępowanie cierpienia.

Według spostrzeżeń *Ganga* w lżejszych postaciach swędzenia wystarczają dla sprawienia ulgi duże dawki Aspiriny i Pyramidonu. W przypadkach średniociężkich środki nasenne, mające punkt uchwytu w pniu mózgowym, jak Lumi-

nal i Nautisan, są skuteczniejsze niż preparaty działające na korę mózgową. Morfina jest przy swędzeniu preparatem zupełnie nieodpowiednim i działa częstokroć paradoksalnie. W przypadkach ciężkich pomaga przedewszystkiem wstrzyknięcie Luminal-Natrium lub innych połączeń kwasu barbiturowego, a u chorych pobudzonych również Evipan. W przypadkach swędzenia, obejmującego całe ciało, wskazane jest dokonanie próby leczenia zapomocą wyciągów śledzionowych lub wyciągów z mięśni szkieletowych (Lacarnol). Zwykłe moknące pryszczyce pendzluje *Gang* 2—5%-owemi roztworami azotanu srebra po ewentualnem uprzedniem znieczuleniu Novocainą. Postacie krostowate pryszczycy reagują pomyślnie na 2—5%-owe wodne roztwory błękitu metylenowego. Silniejsze swędzenie ustępuje nierzadko pod wpływem 2%-owej kalomelowej maści *Hohenegga* lub 5%-owej żółtej maści, ew. z dodatkiem 1—2%-owej Novocainy. Z pośród preparatów dziegciowych najskuteczniejszym okazał się Tumenol w 25%-owych tłustych maściach, które mogą również zawierać środek znieczulający.

INSULINA W PSYCHJATRJI.

Schuster, Budapeszt (W. M. W. 1934, Nr. 1), **Anton** i **Jacobi** (Kl. W. 1930), **Sakel** (D. M. W. 1930, Nr. 42, Z. f. Neurol. 1933, tom 143, W. Kl. W. 1933, Nr. 4), **Braun** (Schweiz. Arch. Neurol. 1931, tom 27), **Jakobi** (Mtsch. f. Psychiat. 1931, tom 80), **Klemperer** (Mtsch. f. Psychiat. 1929, tom 74; Psych-neur. Wo. 1932, Nr. 10—11), **Steck** (Schweiz. M. W. 1933, Nr. 30), **Küppers** i **Strehl** (Psych.-neur. Wo. 1933, Nr. 28—29).

Morfinista zachowuje się w stosunku do obciążenia cukrem gronowem w sposób podobny do chorego na cukrzycę: krzywa glikemiczna podnosi się stromo, poczem opada do normy bardzo powoli. Zjawisko to nasuwa przypuszczenie, że pod wpływem przewlekłego stosowania morfiny lub podobnie działających jadów następują w wątrobie zmiany chorobowe, które warunkują niedostateczne wiązanie podanych węglowodanów. Na tem opiera się leczenie morfinizmu insuliną i cukrem gronowym.

Anton i *Jakobi* leczyli insuliną i cukrem gronowym 17 morfinistów; dzięki tej terapji udało się znacznie złagodzić lub nawet zupełnie uśmierzyć dokuczliwe zwykle objawy głodu morfinowego, występujące w związku z odstawieniem morfiny. Krzywe poziomu cukru we krwi, zbadane po wyleczeniu pacjentów, miały przebieg zupełnie prawidłowy; krzywe glikemiczne tych samych pacjentów przed odzwyczajeniem od morfiny wykazywały pod wpływem doustnego obciążenia cukrem gronowym taki sam przebieg jak analogiczne krzywe chorych cukrzycowych. Również i *Sakel* podaje, że insulina i cukier gronowy doskonale łagodzą objawy głodu morfinowego podczas leczenia tego zgubnego nałogu.

Braun opisuje 6 morfinistów, których z powodzeniem leczył zapomocą wstrzykiwań insuliny, przyczem insulina wpływała wybitnie nietylko na zachowanie się psychiczne chorych, lecz również i na ich stan fizyczny.

Klemperer przypuszcza, że objawy delirium tremens zależą od zwolnienia odtruwania jakiejś hipotetycznej trudno spalającej się toksyny i na tej podstawie zaproponował leczenie obłędu opilczego zapomocą insuliny. Spostrzeżenia *Klemperera* dotyczą 50 chorych cierpiących na obłęd opilczy; stosowanie insuliny znacznie skracało u tych chorych czas trwania obłędu i szybko sprowadzało uspokojenie i sen. *Klemperer* odnosi wrażenie, że zapalenie płuc, często występujące u dotkniętych obłędem opilczym i kończące się u pacjentów osłabionych długotrwałem nadużywaniem alkoholu zwykle zejściem śmiertelnem, występowało u chorych leczonych insuliną znacznie rzadziej. Żadnych przykrych lub niepożądanych objawów działania ubocznego leczenie insuliną nie powodowało.

Również i *Steck* podaje, że leczenie delirium tremens insuliną skraca czas trwania choroby. Wnioski swe opiera na obserwacji 18 przypadków obłędu opilczego. Pozatem *Steck* stosował insulinę bezpośrednio jako środek uspokajający przy psychomotorycznych stanach pobudzenia, przy ostrych katatonjach i w przypadkach napadów obłędu, przyczem kilkakrotnie udawało się osiągnąć zasługujące na uwagę wyniki: w poszczególnych przypadkach po objawach wstrząsu poinsulinowego spostrzegano nawet nagłe i mniej lub więcej długotrwałe uspokojenie.

W przypadkach ostrych stanów pobudzenia, przebiegających z odmową przyjmowania pokarmów, insulina zawsze sprowadzała kilkogodzinne uspokojenie, które umożliwiało podanie pożywienia. Według *Küppersa* i *Strehla* leczenie insulinowe dawało pomyślne i trwałe wyniki zwłaszcza w tych przypadkach, w których abstynencja pokarmowa utrzymywała się dopiero odniedawna.

Gallinek już w roku 1929 zaproponował stosowanie insuliny dla leczenia endogennej depresji (Arch. f. Psychiatrie 1929, tom 88). Ostatnio *Sakel* omawia pomyślne wyniki leczenia insuliną przypadków schizofrenji i pobudzenia u umysłowo chorych. Leczenie dzieli się na 4 okresy:

1. Okres leczenia wstępnego, podawanie średnich dawek insuliny dla uspokojenia chorych i oceny działania dawek.

2. Okres wstrząsu: wywołanie zapomocą dużych dawek insuliny ciężkiego wstrząsu hipoglikemicznego, ze śpiączką i napadem drgawek (dawkowanie ściśle indywidualne!)

3. Okres ochrony i obserwacji — małe i średnie dawki insuliny.

4. Okres polaryzacji zapomocą dawek zbliżonych do dawek hipoglikemicznych. — Okres ten stosujemy na zakończenie kuracji jedynie w tych przypadkach, gdy dalsze wstrząsy uważamy już za niepotrzebne.

Quastel i *Ström-Olsen* (Lancet 1933) stosują u niektórych chorych umysłowych przewlekłe uśpienie. Uśpienie to trzeba jednak często przerywać z powodu występowania ciężkiej ketonurji. Dla uniknięcia tej ketonurji podaje się insulinę podskórnie oraz doustnie glukozę.

Schuster podaje, że psychicznie chorzy są bardzo często stosunkowo mało wrażliwi na insulinę, wobec czego można im bez obawy wstrzykiwać duże dawki insuliny. Już w r. 1922 *Schuster* leczył z powodzeniem zapomocą insuliny wielu umysłowo chorych. W r. 1928 *Schuster* doniósł o wyleczeniu przeszło 60 przypadków psychoz schizoidalnych; od tego czasu ilość wyleczonych pacjentów zwiększyła się przeszło dwukrotnie. Według *Schustera* podstawą poprawiania się psychoz są nietylko działania wstrząsowe zapomocą anafilaktogenów, lecz również i wpływy hormonalne insuliny, adrenaliny i tyreoidyny.

Doc. dr. K. IMHAUSER, Klinika wewnętrzna w Wrocławiu.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD DZIAŁANIEM NOWEGO ŚRODKA NASENNEGO EVIPANU.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 37).

Imhauser wypróbował działanie nasenne Evipanu na bardzo dużym materjale Wrocławskiej Kliniki Wewnętrznej. Preparat okazał się doskonałym środkiem nasennym oraz umożliwiającym szybkie powtórne uśnięcie po przedwczesnem obudzeniu się w ciągu nocy. Jedna tabletka (0,25 g) Evipanu prawie zawsze sprowadzała najwyżej w ciągu ½ godziny spokojny, głęboki, naturalny sen. Częstokroć wystarczyło już ½ tabletki. W razie potrzeby, w wyjątkowych przypadkach uporczywej bezsenności, można podać bez żadnych zastrzeżeń 2 tabletki naraz. Autor był jednak bardzo rzadko zmuszony do uciekania się do tych większych dawek. Evipan podlega w ustroju bardzo szybkiemu rozkładowi i wydziela się zupełnie w ciągu kilku godzin, dzięki czemu nie wywiera on, jak liczne inne środki nasenne, niepożądanego przedłużonego działania nasennego. Evipan nigdy nie wywoływał następnego ranka przykrego odurzenia, zmęczenia, wyczerpania lub bólów głowy, które nierzadko występują po mocniejszych środkach nasennych. Chorzy budzą się po dobrze przespanej nocy z uczuciem całkowitej świeżości i wypoczynku. Tolerancja Evipanu jest doskonała, gdyż żadnych objawów działania ubocznego nie spostrzegano ani razu. Działanie Evipanu jako środka umożliwiającego powtórne zaśnięcie, przejawiło się zwłaszcza w tych przypadkach przedwczesnego budzenia się, gdy podawano go już w godzinach rannych. Przy podawaniu w tych warunkach innych środków nasennych należy przeważnie stosować dawki większe, gdy tymczasem już ½ tabletki Evipanu szybko znowu sprowadza pożądany sen. Zarówno jednak dla powtórnego uśnięcia w godzinach nocnych lub nad ranem jak i dla sprowadzenia snu wieczorem można w razie potrzeby podawać 2 tabletki. Autor uważa, że Evipan ze względu na swe szczególne cenne własności przedstawia środek nasenny, jakiego dotychczas w naszym arsenale lekarskim nie posiadaliśmy.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

W sprawie zagadnienia zmniejszania się częstości kiły i zmiany jej charakteru.

Na podstawie bardzo dużego materjału badań krwi na serologiczne odczyny kiłowe, autorzy twierdzą, że od czasu wprowadzenia Salvarsanu do lecznictwa kiły (1910) częstość wszystkich okresów kiły (Lues I i II, Lues latens, syfilis serca i dużych naczyń krwionośnych, wiąd rdzenia i porażenie postępujące) uległa znacznemu zmniejszeniu. To zmniejszenie się ilości przypadków kiły od roku 1910 do 1932 nie jest jednak stale równomierne, gdyż w pewnych okresach czasu znowu stwierdzano przemijające zwiększanie się ilości schorzeń kiłowych, a zwłaszcza kiły pierwszo- i drugorzędowej oraz kiły utajonej. Te wahania (tych postaci choroby, które mają szczególnie duże znaczenie dla dalszego szerzenia się kiły) nie zależą, jak przy innych chorobach społecznych, od czynników epidemjologicznych, zmian biologicznych zarazka lub zmiennej wrażliwości ludzi na zakażenie, lecz od gospodarczych, społecznych i kulturalnych stosunków czasów wojennych i powojennych.

Prof. dr. W. Kolle i dr. K. Laubenheimer.
Instytut Państwowy Terapji Doświadczalnej
w Frankfurcie n. M.

(M. Kl. 1933, Nr. 16).

Stosowanie Pantocainy w okulistyce.

Wkraplanie do oka 2%-owego roztworu Pantocainy nigdy nie wywoływało żadnych uszkodzeń nabłonka rogówki (próba fluoresceinowa). Po kilku minutach można już dokonywać zabiegu zupełnie bezboleśnie. Przekrwienie jest przytem zwykle nieco silniejsze niż przy stosowaniu kokainy. Dla znieczulania naciekowego wstrzykuje się podskórnie lub podspojówkowo 1—2 cm³ 0,1%-owego roztworu Pantocainy NaCl z dodatkiem 2—3 kropel Suprareniny na 1 cm³ roztworu Pantocainy. Znieczulenie występuje przeciętnie po upływie 1 do 2 minut. Do wpuszczania kropel do oka stosuje się 1 lub 2%-owy roztwór Pantocainy.

Dr. T. Inaba,
Szpital Czerwonego Krzyża w Akita
w Japonji.

(Nichi doku Chiryo 1933, Nr. 4).

Padutina.

Od roku cierpiałem bardzo dotkliwie z powodu stanów angiospastycznych. Jestem lekarzem wiejskim i dostawałem skurczów naczyniowych najczęściej wtedy, gdy niespodziewanie w porze nocnej zostaję wezwany do chorego. Skurcze występowały jednak nierzadko i w ciągu dnia, zwłaszcza pod wpływem czynników nerwowych, gdy miałem np. dokonać poważniejszego zabiegu. Stan ten utrudniał mi w znacznym stopniu mą odpowiedzialną pracę zawodową. Najdokuczliwszym był, oczywiście, skurcz naczyń wieńcowych, który wywoływał często niesłychanie silne bóle w klatce piersiowej. Po bezskutecznem wypróbowaniu różnych leków zwróciłem się wreszcie do Padutiny i zużyłem ogółem 20 ampułek i 2 flaszeczki. Wynik tej kuracji okazał się bardzo pomyślny. Dotychczasowe dolegliwości zupełnie ustąpiły, mogę pracować z łatwością zarówno w dzień jak i w nocy i nie potrzebuję już wcale zażywać nitrogliceryny.

Dr. B. Tripke, Bergneustadt.

(Ther. Ber. 1934, Nr. 2).

Wczesne rozpoznanie ciąży na podstawie badania moczu.

11.2.1933 do autora zwróciła się pewna kobieta z prośbą o zbadanie, czy nie jest w ciąży. Perjody zawsze były regularne, trwały 7—8 dni. Ostatnie miesiączkowanie miało miejsce od 28.1 do 3.2. Żadnych przedmiotowych objawów ciąży nie było. Pacjentka nalegała koniecznie, aby uzupełnić badanie kliniczne badaniem moczu na odczyny ciążowe. Odczyny biologiczne, dokonane na zwierzętach, dały wynik dodatni. Dalszy przebieg potwierdził słuszność rozpoznania.

Drugi przypadek wczesnego rozpoznania ciąży dotyczył pacjentki, która miała ostatnie miesiączkowanie 23.2.33. Następny perjod powinien był według obliczeń pacjentki wystąpić 21.3. Badanie moczu dokonane 10.3. metodą *Friedmana - Schneidera* dało wynik dodatni. Pacjentka miała stosunek w 5 dni po ustaniu ostatniego perjodu. Również i w tym przypadku rozpoznanie ciąży okazało się trafne.

Spostrzeżenia powyższe dowodzą, że próby rozpoznawania ciąży na podstawie biologicznych odczynów ciążowych moczu są nadzwyczaj czułe i dają trafne wyniki już nawet w ciągu bardzo krótkiego czasu po zapłodnieniu.

Dr. H. Nielsen, Aabyhoj.
(Ug. f. Laeger 1933, Nr. 32).

Spostrzeżenia nad działaniem Evipan-Natrium, nowego środka dla krótkotrwałego uśpienia i zapoczątkowania uśpienia.

Autor stosował dożylne uśpienie zapomocą Evipan-Natrium w 56 przypadkach zabiegów wewnątrzmacicznych i skrobanek, 14 razy przy innych mniejszych zabiegach operacyjnych, 11 razy dla zapoczątkowania uśpienia przy większych operacjach, 14 razy w położnictwie i 5 razy dla sztucznego przerwania ciąży. Autor wstrzykiwał zawsze, niezależnie od wagi ciała, 10 cm³ i ani razu nie spostrzegał żadnych powikłań lub objawów działania ubocznego. Pierwsze 4 cm³ wstrzykuje się z szybkością 15 sekund na 1 cm³, następne 6 z szybkością 10 sekund na 1 cm³. Pacjentki zasypiały spokojnie już po pierwszych 4 cm³, objawów pobudzenia nie było, jedynie pod koniec wstrzykiwania występowało czasami lekkie drżenie całego ciała. Tętno i oddech nie przyspieszają się prawie wcale, ciśnienie krwi natychmiast po wstrzyknięciu opada przeciętnie o 30 mm, lecz już po 3—5 minutach podnosi się znowu i osiąga po 10 minutach swoją dawną wysokość. Źrenice są średnio lub bardzo rozszerzone i reagują słabo. Głęboki sen trwa około 20 minut. Po 30—60 minutach pacjentki budzą się zupełnie. Stanów pobudzenia, mdłości i wymiotów nie obserwowano ani razu. W przypadkach 9 laparotomij zastosowano dodatkowe uśpienie zapomocą eteru, którego użyto do 80 g, a przy operacjach dłuższych nawet 250 g. U jednej chorej w stanie znacznego charłactwa (rozlane zapalenie otrzewnej przy już istniejącej niedomodze serca) 7 cm³ Evipan - Natrium + + 0,01 g morfiny wystarczyły dla osiągnięcia doskonałego uśpienia. W położnictwie Evipan - Natrium nie wywołuje żadnego wpływu ujemnego na dziecko. Dwukrotnie zastosowano z powodzeniem Evipan - Natrium dla wywołania uśpienia w okresie przerzynania się. U pacjentek dotkniętych gruźlicą występował zaraz po wstrzyknięciu lekki, trwający zaledwie kilka minut kaszel. 8 razy zastosował autor z powodzeniem Evipan-Natrium dla celów badania w uśpieniu. Ze względu na szybkość występowania działania i szybkość budzenia się bez jakichkolwiek przykrych objawów ubocznych, przedstawia Evipan - Natrium nadzwyczaj cenny środek usypiający. Większość pacjentek usypiała natychmiast po wstrzyknięciu Evipan - Natrium i uśpienie przebiegało znakomicie, jedynie w nielicznych przypadkach zachodziła potrzeba zastosowania dodatkowego uśpienia eterowego. Objawów kumulacyjnych Evipan - Natrium nie wywołuje. Pewną pacjentkę usypiano zapomocą Evipan-Natrium trzykrotnie w ciągu 2 dni i za każdym razem z całkowitem powodzeniem.

Dr. M. Rode,
Oddział ginekologiczny Szp. Miejskiego w Królewcu.
(Fortschr. Ther. 1933, Nr. 2).

Wydalanie Evipanu w moczu.

Badania *Halberkanna* i *Fretwursta* wykazały, że po jednorazowem wstrzyknięciu dożylnem Evipanu wydziela się w moczu 2,8% preparatu w postaci „kwasu barbiturowego". W doświadczeniach na psach stwierdzono, że po dużych dawkach doustnych (15 g w ciągu 10 dni) wydziela się w moczu jako „kwas barbiturowy" 5,6% preparatu. Dotychczas nie udało się jeszcze rozstrzygnąć, czy wydalony w moczu kwas barbiturowy przedstawia produkt przemiany Evipanu, czy też mieszaninę tego produktu z niezmienionym Evipanem, jak to ma np. miejsce z Phanodormem. Wydzielanie kwasu barbiturowego po Evipanie kończy się, podobnie jak przy Phanodormie i bromowanych kwasach barbiturowych, na drugi, a najpóźniej na trzeci dzień po zaprzestaniu przyjmowania preparatu. Z pośród wszystkich zbadanych przez autora pochodnych kwasu barbiturowego Evipan rozkłada się w ustroju w stopniu najwyższym, gdyż przeciętnie 97% preparatu ulega całkowitemu spaleniu. Jedynem przeciwwskazaniem do stosowania uśpienia zapomocą Evipan-Natrium są choroby wątroby. Ani w doświadczeniach na zwierzętach ani w przebiegu około 15000 przypadków narkozy evipanowej nie obserwowano żadnych objawów szkodliwych działania ubocznego.

Fretwurst.
(Tow. Lek. w Hamburgu).
(Klin. Wschr. 1933, Nr. 33).

Zapalenie wyrostka robaczkowego i grypa.

Bóle brzuszne przy grypie zależą przeważnie albo od nerwobólów w obrębie 11-go i 12-go nerwu międzyżebrowego albo od krwawień w mięśniach brzucha, a zwłaszcza w mięśniu prostym, wywołanych przez silny i gwałtowny kaszel. Jeżeli znieczulić zapomocą Novocainy przewodnictwo nerwowe w linji pachowej od ósmego żebra do grzebienia kości biodrowej, to nerwobóle i bóle powłok brzusznych ustępują, podczas gdy przy prawdziwem zapaleniu wyrostka robaczkowego bolesność uciskowa w głębi pozostaje, gdyż przy zapaleniu wyrostka ból rozchodzi się na drodze nerwu trzewnego i gałązek łączących. Rozpoznanie różniczkowe, ustalane w wątpliwych przypadkach na podstawie badania krwi i wyników znieczulenia przewodnictwa nerwowego, zawsze okazywało się słuszne, gdyż wynik operacji lub dalszy przebieg choroby potwierdzał je w zupełności.

Doc. dr. W. Wachsmuth,
Klinika Chirurg. w Bonn.
(Klin. Wschr. 1933, Nr. 16).

Przyczynek do farmakologji Trypaflaviny.

Autorzy stwierdzili kolorymetrycznie, że większa część wstrzykniętej dożylnie Trypaflaviny znika z krwiobiegu już w 5 minut po wstrzyknięciu, po 15 minutach można wykazać we krwi zaledwie ślady, a po 30 minutach niema już wcale Trypaflaviny we krwi. Wydalanie odbywa się drogą żółci i moczu. Główna ilość barwnika, wogóle wydalanego drogą moczu, ukazuje się w nim w ciągu pierwszych 6 godzin po wstrzyknięciu, a mianowicie 15 do 20% wstrzykniętej ilości. W ciągu najbliższych 24 godzin ukazuje się w moczu jeszcze około 5%. Wynika z tego, że w pierwszym dniu wykrywamy w moczu tylko 20—30% wstrzykniętej dawki Trypaflaviny. Narazie jeszcze nie wiemy, czy cała pozostała reszta wydziela się drogą żółci, czy też część jej ulega w ustroju rozkładowi.

Dr. Bernstein i dr. Carrié,
Klinika Dermatologiczna w Düsseldorfie.
(Derm. Wo. 1933), tom 66).

Leczenie przewlekłego alkoholizmu emetyną.

Dla odzwyczajenia od przewlekłego nałogowego alkoholizmu autor zaleca stosowanie emetyny. Na początku kuracji autor wstrzykuje przez 4 tygodnie po 0,02 g Emetini hydrochlorici co 2—3 dni, następnie wstrzykuje się nieco rzadziej, co 4—5 dni, i wreszcie już tylko raz na tydzień. Jednocześnie dąży się w miarę możliwości do ograniczenia przyjmowanej ilości alkoholu. Chorzy, których udało się wyleczyć, wykazywali potem silny wstręt do wszelkich napojów alkoholowych. W razie nawrotów powtórzenie kuracji dawało równie pomyślne wyniki. Dla ludzi ze stosunkowo zdrowem sercem kuracja emetynowa jest naogół nieszkodliwa. Kuracja ta jest natomiast przeciwwskazana u osobników starych i z wyraźnemi zaburzeniami krążeniowemi. Wobec tego, że metoda ta dawała w licznych przypadkach alkoholizmu bardzo dobre wyniki, autor zaleca, zwłaszcza w zamkniętych zakładach, stosowanie wstrzykiwań emetyny w połączeniu z innemi zabiegami również i w przypadkach morfinizmu i kokainizmu.

Dr. A. Bodart.

(Bruxelles méd. 1933, Nr. 33).

Stosowanie Phanodormu przed zabiegami dentystycznemi.

Phanodorm nadaje się do stosowania w praktyce dentystycznej nietylko jako środek uspokajający, lecz również jako szybko działający środek usypiający. W przypadkach stosowania znieczulenia miejscowego lub znieczulenia przewodowego podanie Phanodormu znacznie wzmaga działanie przeciwbólowe Novocainy. Phanodorm przyspiesza wystąpienie okresu znieczulenia lub uśpienia i skraca w ten sposób przykry okres oczekiwania na dokonanie zabiegu. Podanie Phanodormu przed rauszem chloretylowym lub N_2O działa uspokajająco na przebieg odurzenia, pogłębia działanie nasenne i zwiększa działanie przeciwbólowe. Ze względu na zupełną nieszkodliwość i doskonałą tolerancję Phanodorm można podawać bez żadnych zastrzeżeń zarówno starszym pacjentom z oznakami chorób krążenia jak i dzieciom. W przypadkach, w których działanie Phanodormu okazuje się zbyt słabe, można je skutecznie wzmocnić przez jednoczesne podanie antipyriny, a w bardzo ciężkich przypadkach przez dodanie małej dawki morfiny. Autor z powodzeniem podawał Phanodorm 18 chorym dotkniętym paradentozą i cierpiącym w związku z tem na depresję psychiczną i bezsenność. Działanie uspokajające autor wypróbował na przeszło 100 bardzo wrażliwych pacjentach. W 70 przypadkach podawano Phanodorm przed znieczuleniem miejscowem lub znieczuleniem przewodowem. W 30 przypadkach zastosowano Phanodorm dla zapewnienia spokojnego przebiegu rauszu chloretylowego, a w 20 przypadkach przed zastosowaniem uśpienia gazem rozweselającym.

Dr. Dietrich, Heidelberg.

(Zahnheilkunde 1933, Nr. 10).

Wydzielanie follikuliny w przypadkach trądzika.

Autorzy badali wydzielanie follikuliny i Prolanu u 34 kobiet i dziewcząt cierpiących na trądzik. Wiek pacjentek wahał się od 11 do 33 lat. U 27 pacjentek nie stwierdzono w moczu nawet śladów obecności follikuliny. Pod wpływem leczenia hormonem pęcherzyków jajnikowych i hormonem przedniego płata przysadki pewna część chorych zaczęła wydzielać follikulinę i Prolan. O wpływie na trądzik autorzy doniosą w swej następnej pracy.

(W piśmiennictwie istnieją już analogiczne prace: *Leszczyński* stosował Unden i Prolan w przypadkach trądzika na podłożu wewnątrzwydzielniczem i osiągał pomyślne wyniki).

Dr. Rosenthal i dr. Kurzrok,
Uniw. Kolumbia.

(Proc. of. the Soc. f. exp. Biol. a. Med. 1933, tom 30).

Dootrzewnowe wstrzykiwanie Salyrganu.

Autor opisuje historję choroby pewnego 61-letniego mężczyzny dotkniętego ciężką niedomogą serca ze znacznemi obrzękami. Naparstnica i Salyrgan nie okazywały początkowo żadnego wpływu na przebieg choroby, tak że stan pacjenta stale się pogar-

szał. Również i stosowanie naparstnicy w postaci czopków było bezskuteczne. Dopiero dootrzewnowe wstrzyknięcie Salyrganu po dokonanem uprzednio wypuszczeniu płynu z jamy otrzewnowej pobudziło diurezę i umożliwiło odwodnienie chorego. Stan pacjenta poprawił się do tego stopnia, że zaczął on następnie znowu pomyślnie reagować na naparstnicę.

Dr. Verbeeten, Dordrecht.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskd. 1933, str. 2434).

W sprawie zagadnienia soli kuchennej.

Zastanawiając się nad zagadnieniem, czy w NaCl jest „szkodliwem" Na czy też Cl, *Brugsch* dochodzi do wniosku, że dla człowieka zdrowego sól kuchenna nigdy nie jest szkodliwa, natomiast dla chorych nerkowych niebezpiecznym jest przedewszystkiem sód, przyczyniający się do zatrzymania w tkankach wody. We francuskiem piśmiennictwie znajdujemy ponadto opisy znacznie rzadziej zdarzających się przypadków, w których również i hipochloremja wywoływała przykre objawy ogólne.

Prof. dr. Brugsch,
Klinika Lekarska w Halle n. S.

(M. Kl. 1933, Nr. 4).

Proctitis et proctosigmoiditis haemorrhagica.

Leczenie zwykłego krwotocznego zapalenia odbytnicy i esicy lewatywami z taniny lub lapisu, zasypywaniem airolem lub bismutum subsalicylicum sprowadza w większości przypadków poprawę, lecz poprawa ta jest przeważnie tylko krótkotrwała. Bardzo szybko występują nawroty, które poddają się zabiegom leczniczym znacznie trudniej.

Najlepsze wyniki osiąga się zapomocą leczenia Yatrenem 105. 1%-owy roztwór Yatrenu 105 (300—400 cm^3 zależnie od rozległości sprawy zapalnej) wlewamy wieczorem do odbytnicy; uprzednio należy zawsze wykonać lewatywę czyszczącą. Chory powinien leżeć na lewym boku i utrzymać lewatywę możliwie jaknajdłużej, najlepiej do następnego rana. Wynik leczenia Yatrenem polega przedewszystkiem na tem, że krwawienia po 8—14 dniach nie są już tak obfite; poprawa zależy, oczywiście, od stopnia i rozległości zmian chorobowych. Czas leczenia waha się od 1 do $3^1/_4$ miesięcy i wynosi przeciętnie 2 miesiące. Po przeprowadzeniu kuracji stwierdza się przy rektoskopji prawidłową, może nieco lekko ziarninową błonę śluzową i ustąpienie krwawień makroskopowych; zupełnego wyleczenia dowodzi jednak dopiero ujemny odczyn benzydynowy.

Bezpośrednie wyniki leczenia Yatrenem 105 są zadziwiająco pomyślne; kuracja ta jednak nie chroni przed występowaniem nawrotów i z tego względu pacjenci powinni również i w warunkach domowych stale kontynuować leczenie. W ciągu pierwszego miesiąca należy lewatywy stosować codziennie, w ciągu drugiego miesiąca co drugi dzień, a następnie można je stopniowo stosować coraz rzadziej. Chorych należy dokładnie pouczyć, że w razie ponownego wystąpienia makroskopowych krwawień, powinni natychmiast wznowić leczenie i ew. położyć się do łóżka. Leczenie Yatrenem i przestrzeganie fizycznego spokoju pozwalają w większości przypadków szybko przerwać nawrót.

Kuracja Yatrenem 105 nie przedstawia, oczywiście, żadnego cudownego sposobu leczenia, jeżeli jednak uwzględnimy, że większość leczonych pacjentów chorowała uprzednio już od wielu lat, to będziemy musieli przyznać, że wyniki omawianej kuracji są znakomite.

Dr. Th. E. Hess Thaysen.

(Hospitaltidende, 1933, Nr. 49).

Nowe drogi leczenia raka.

Punktem wyjścia leczenia raka zapomocą terapji witaminowej była idea, aby przez dostarczenie odpowiednich odżywczych związków witaminowych pozbawić złośliwe komórki nowotworowe właściwej im niedojrzałości. W dwóch przypadkach raka części pochwowej szyjki macicznej zastosowano leczenie tamponami nasyconemi tranem; leczenie to zostało uwieńczone pewnem powodzeniem. W jednym przypadku udało się doprowadzić raka nienadającego się do operacji do stanu, w którym zabieg chirurgiczny okazał się możliwy.

(*Carani* badał doświadczalnie na myszach wpływ częstych wstrzykiwań Vigantolu na rozwój przeszczepionego gruczolakoraka *Ehrlicha* i stwierdził, że ten sposób stosowania witaminy D pozostaje bez wpływu na przebieg choroby rakowatej. Natomiast zapobiegawcze wstrzykiwania Vigantolu nie mogły coprawda w większości przypadków powstrzymać rozwoju przeszczepionego guza, wywoływały jednak później całkowite cofanie się nowotworu).

Dr. F. Orthner, Wiedeń.
(Tow. Lek. w Wiedniu, 31.III.33).

Nietolerancja namiastki Veronalu.

Pewien lekarz miał pod swą opieką inwalidę z czasów wielkiej wojny. Pacjent skarżył się na uporczywą bezsenność. Wobec tego, że wszelkie inne leki zupełnie przestały działać, lekarz zapisał namiastkę Veronalu w postaci kwasu dwuetylobarbiturowego. Chory nie znosił jednak tego preparatu, wymiotował po zażyciu każdego proszka, skarżył się na odurzenie i bóle głowy. Lekarz zapisał wówczas oryginalny Veronal w tabletkach, którego tolerancja i skuteczność okazały się bardzo dobre. Zastanawiając się nad różnicą działania acidi dietylobarbiturici i oryginalnego Veronalu, autor wyraża przypuszczenie, że nietolerancja namiastki Veronalu zależała od zanieczyszczenia, które nie miało nic wspólnego z zawartością kwasu barbiturowego, za czem przemawia również i występowanie zaburzeń żołądkowych. Jakiego rodzaju są te zanieczyszczenia trudno powiedzieć, gdyż preparaty zastępcze są wytwarzane przez najróżnorodniejsze firmy.

Prof. dr. W. Straub, Monachjum.
(Münch. med. Wschr. 1933, Nr. 47)

Usypianie zapomocą dożylnego wstrzykiwania Evipanu - Natrium.

Przeciętna dawka narkotyczna Evipanu-Natrium wynosi około 10 cm³. Czas wstrzyknięcia powinien wynosić 2 minuty. Po wstrzyknięciu 2 — 3 cm³ pacjentki zamykają oczy. Po 1 minucie odruch rogówkowy znika. Czasami dolna szczęka nieco opada. Wstrzyknięcie preparatu poza żyłę nie wywołuje żadnych przykrych powikłań. Jeżeli wstrzyknąć zamało, to osiąga się pomimo utraty świadomości stan wzmożonej pobudliwości odruchowej i silnych czynności obronnych. Aby uniknąć wstrzyknięcia poza żyłę, należy podczas wstrzykiwania trzymać ramię nieruchomo i mocno wyprostowane. Ostatnio autor wstrzykuje przed uśpieniem 1 cm³ Dilaudidu, dzięki czemu spostrzegane dawniej lekkie skurcze mięśniowe stały się znacznie rzadsze. Według *Caffiera* tolerancja Evipan-Na jest tak dobra, że preparat ten nie ma żadnych przeciwwskazań do stosowania go na szeroką skalę. Autor stosował usypianie zapomocą Evipan-Natrium w przypadkach dokładnego badania w narkozie, dla otwierania wysięków i ropni, dla oczyszczania jamy macicznej po poronieniu, przy skrobankach, dokonywaniu próbnych wycinków, zakładaniu radu, przy szyciu krocza. Ciężkie zwyrodnienie mięśnia sercowego nakazuje ostrożność w postępowaniu, gdyż u jednej 74-letniej pacjentki pomimo prawidłowej techniki postępowania wystąpiły objawy asfiksji, które ustąpiły dopiero po 20 minutach.

Doc. dr. P. Caffier, Klinika Ginekologiczna w Królewcu.
(Zbl. Gyn. 1933, Nr. 17).

Łatwa technika dożylnej urografji.

Od 2 lat autor stosuje dożylną urografję zapomocą Abrodilu. Pewnego razu autor wstrzyknął dwumiesięcznemu dziecku 8 cm³ Abrodilu do górnej zatoki podłużnej, ostrzega jednak przy tym zabiegu przed niebezpieczeństwem wynaczynienia. Przy wstrzykiwaniach do żyły łokciowej występuje czasami przykre wrażenie w okolicy odpowiedniej łopatki. Powstania zakrzepów nie obserwowano ani razu: ewentualne wstrzyknięcie poza żyłę nie powoduje żadnych ujemnych skutków. Zdjęcia wykonywa się przed wstrzyknięciem, następnie co 5 minut po wstrzyknięciu. Ogółem wykonywa się 5 zdjęć. U osób zdrowych najostrzejsze są obrazy zdjęte po 15 i po 20 minutach. W przeciwieństwie do innych autorów *Harpin* stwierdził, że po dłuższem oczekiwaniu

większa część środka kontrastowego przechodzi do pęcherza moczowego. Ostatnie zdjęcie przedstawia cystogram. Następnie zalecamy choremu oddanie moczu i zdejmujemy jeszcze raz. Przeciwwskazaniem do dożylnej urografji jest według *Harpina* wzmożenie się azotu resztkowego powyżej 40 mg na 100 cm^3 krwi.

Dr. Harpin, Boston.

(The urol. and cut. Review. 1933 VIII).

Zakażenie krwi po anginie.

Komunikuję o wypadku zakażenia krwi u dziecka po anginie; wypadek ten został wyleczony zastrzykami Omnadiny.

Dziewczynka W. lat 7 zachorowała dnia 14.4.34 na anginę z brudnemi nalotami; gruczoły submaxularne powiększone. Na sercu słaby szmer, który w następnych dniach przybiera na sile. *Löffler* negatywny. Przebieg tętna wskazuje na zakażenie krwi; potwierdza to badanie krwi. Omnadinę stosowałem z początku po całej ampułce codziennie. Po 3 zastrzykach temperatura spadła. Powtórzone badanie krwi wykazuje polepszenie, ale nie całkowite, wobec tego powtórzyłem zastrzyki Omnadiny, tym razem co drugi dzień. Dwukrotnie temperatura podnosiła się do 37,8°, — wówczas zastosowałem znów codzienne zastrzyki, co spowodowało spadek temperatury. Dalsze badanie krwi wykazuje stopniowe polepszenie i obraz krwi wraca powoli do normy.

Ogółem zastosowałem 12 zastrzyków Omnadiny. Po 6 tygodniach chora opuściła łóżko. Temperatura w ostatnich dwóch tygodniach zupełnie normalna. W ciągu leczenia chora otrzymywała prócz Omnadiny natr. salicyl. i leki symptomatologiczne.

Omnadinę stosuję stale we wszystkich sprawach zapalnych i zakaźnych; ostatnio np. zastosowałem ją przy bronchopneumonji z dobrym rezultatem, — przytem mam wrażenie, że nawet w stanie znacznej dyspnoe, jeśli temperatura wskazuje na to, że infekcja w organiźmie jeszcze trwa, to dyspnoe nie może być przeciwwskazaniem do stosowania Omnadiny, ponieważ lek ten nie daje wstrząsów, w przeciwieństwie do innych preparatów, stosowanych do proteinoterapji.

Dr. S. Goldberg, Łuck.

Omnadina przy ukąszeniu żmij.

„Wiad. Terap." Nr. 1/1934 poruszyły w konkursowj pracy *Dr. Mokrzyckiego* sprawę wypróbowania Omnadiny przy ukąszeniu żmij; notuję, że stosował ją *Bachem* w tych wypadkach. Miałem sposobność obserwowania dwóch wypadków, z wynikiem dodatnim i śpieszę zakomunikować moje spostrzeżenia:

1) P. G., lat 21, abs. gimn., ukąszony w lipcu 1933 przez żmiję około godz. 12-ej, przywieziony do mnie o godz. 17-ej. Temp. 37.4°C, zawroty głowy, nudności. Lewa noga przewiązana pod kolanem, obrzmiała. Miejsce ukąszenia u nasady 3-go palca dobrze widoczne o sinawem podbarwieniu. Surowicy P. Z. H. w tut. aptece nie było, wobec czego po wypaleniu rany kwasem i obstrzyknięciu rozczynem hypermanganu, dałem zastrzyk Omnadiny. Na drugi dzień rano stan chorego bez zmian, ale sinawe podbarwienie okolicy ranki przesunęło się pasami dalej. Poleciłem odstawić chorego do szpitala najbliższym pociągiem (wieczorem), lecz już około południa nastąpiła poprawa. Temp. opadła do normy, puchlina poczęła ustępować. Po trzech dniach noga była w porządku, lecz jakiś czas jeszcze odczuwał pacjent w miejscu ranki lekkie dolegliwości.

2) T. J., lat 52, rolniczka, ukąszona 3.V.1934, przywieziona do mnie po $3^1/_3$ godz. po wypadku. Noga przewiązana podwójnie w połowie stopy i nad stawem skokowym. Okolica ukąszenia na 4-ym palcu czerwono-sina. Noga do pierwszej opaski opuchnięta, sinawa; przy poruszaniu palcami niema żadnego mrowienia. Temp. 38.6°C, silne podrażnienie nerwów, wymioty 3—4 razy na godzinę. Ranę rozciąłem na krzyż i wypaliłem kwasem. Nie mogąc ponownie dostać surowicy w aptece, dałem zastrzyk Omnadiny. Na drugi dzień rano chora czuła się lepiej; noga mniej opuchnięta, wobec czego po 24 godz. zdjęto opaskę.

Nie mogę twierdzić stanowczo, że wyleczenie należy przypisać wyłącznie Omnadinie; jednakowoż mam wrażenie, że przez wzmożenie sił obronnych ustroju daje się chorobę łatwiej zwalczyć.

Dr. Longin Melnyk.

Rohatyn, dna 6 maja 1934.

III KURS TEORJI I PRAKTYKI Z DZIEDZINY RADJOLOGJI LEKARSKIEJ,

urządzony przez Polskie Lekarskie Tow. Radjologiczne pod protektoratem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego odbędzie się w terminie od 24/IX — 14/X 1934 r.

Wszelkich informacyj tyczących Kursu udziela sekretarz dr. B. Kryński, Warszawa, Zielna 11.

Sekretarz Kursu: *Dr. B. Kryński.*

MIĘDZYNARODOWE KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE DLA LEKARZY W BERLINIE.

Berlińska Akademja dokształcająca dla lekarzy urządza w październiku 1934 r. następujące kursa:

1. Medycyna wewnętrzna ze specjalnem uwzględnieniem gruźlicy; od 1 — 13 października. Opłata: Mk. 60.
2. Kurs poświęcony wyłącznie gruźlicy, w miejskim szpitalu dla gruźlików „Waldhaus Charlottenburg"; od 15 — 20 października. Opłata Mk. 50. Na żądanie zarząd kursów daje mieszkanie wraz z utrzymaniem po Mk. 2.70 dziennie.
3. Położniczo-ginekologiczny tydzień dokształcający; od 15 — 20 października. Opłata Mk. 50.
4. Kurs z dziedziny chorób gardła, nosa i uszu; od 1 — 13 października. Opłata Mk. 120.
5. Kurs z dziedziny pedjatrji; od 22 — 27 października. Opłata Mk. 50.
6. Chirurgja chorób piersiowych ze specjalnem uwzględnieniem gruźlicy płuc; od 29 października do 2 listopada. Opłata Mk. 80.
7. *Kursa oddzielne* ze wszystkich dziedzin medycyny z praktyką w szpitalu i w laboratorjach odbywają się co miesiąc; opłata wynosi od Mk. 50 do 80 za 8 podwójnych godzin. Kursy te kładą największy nacisk na zajęcia praktyczne; dokształcanie teoretyczne znajduje się na drugim planie.

Bliższe informacje oraz programy: Geschäftsstelle der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Uczestnikom z zagranicy udziela niemiecka kolej państwowa 60% zniżki.

FUNDUSZ ZAPOMOGOWO-STYPENDJALNY IM. D-RA MED. STANISŁAWA KOPCIA.

Zapomoga w wysokości *zł. 700.—*, dla młodego lekarza Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na dalsze studja naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kraju lub zagranicą odbyć się mające.

Pierwszeństwo do otrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę nie dawniej, jak przed 3-ma laty, i niemniej jak rok pracowali jako asystenci szpitalni pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów, wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe.

Oprócz podania dołączyć należy:

1) curriculum vitae,
2) bieg studjów dotychczasowych,
3) ewentualne odbitki prac dotychczasowych, ogłoszonych drukiem,
4) określenie kierunku, w którym kandydat pracuje, lub ma zamiar pracować.

Podania wraz z załącznikami składać należy na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Króla Alberta I Nr. 7) do dnia 31 października 1934 r.

Sekretarz Stały: *Prof. Dr. med. A. Leśniowski.*

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 478.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej". Warszawa, ul. Długa 20.